



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIĘBIORSTWA
do uczestnictwa w projekcie
„Akademia kwalifikacji medycznych. Program szkoleń dla przedsiębiorstw branży medycznej”

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

Data wpływu:

Przyjął:

DANE PRZEDSIĘBIORSTWA OBJĘTEGO WSPARCIEM

Nazwa instytucji

Typ instytucji:

- Samozatrudniony
 Mikroprzedsiębiorstwo
 Małe przedsiębiorstwo
 Średnie przedsiębiorstwo

NIP

REGON

PKD

Dane siedziby głównej przedsiębiorstwa

Województwo

Powiat

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer budynku

Numer lokalu

Telefon kontaktowy

Adres email

Obszar:

- miejski
 wiejski

Oświadczenie

Oświadczam, iż zostałem pouczone że w przypadku poświadczenia nieprawdy podlegam karze z Art. 271 Kodeksu Karnego:

\$1 „Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

\$2. W przypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

\$3. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonej w \$1w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)