Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego formę prawną prowadzenia działalności (aktualny wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej CEIDG, aktualny wpis do KRS, umowa spółki cywilnej, dokument potwierdzający wpis do ewidencji szkół i placówek oświatowych, itp.);
2. Aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
3. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
4. W przypadku pracodawców opłacających składki do KRUS, aktualne zaświadczenie z KRUS o niezaleganiu z opłatami (ważne 30 dni);
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą);
6. Dokumenty poświadczające prawo do lokalu, w którym tworzone będą w ramach refundacji stanowiska pracy: umowa najmu, dzierżawy, akt własności, ewentualnie zgłoszenie identyfikacyjne / aktualizacyjne NIP–2 lub NIP–8 – w sytuacji, gdy dokumenty rejestracyjne nie potwierdzają tej lokalizacji (kserokopia, oryginał do wglądu);
7. W przypadku, gdy osobą wskazaną do kontaktów bądź osobą umocowaną do reprezentowania firmy nie jest Wnioskodawca należy do wniosku dołączyć upoważnienie, w którym Wnioskodawca umocowuje osobę do złożenia wniosku wraz z załącznikami oraz dokonywania wszelkich ustaleń związanych ze złożonym wnioskiem;
8. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe w przypadku podmiotów sporządzających sprawozdanie, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego za okres ostatnich dwóch lat;
9. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
10. Załącznik do wniosku Wn–W:
    a) w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą: nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.
    b) w przypadku pracodawców nieprowadzących działalności gospodarczej: nr 2, nr 3, nr 4 i odpowiednio nr 5 lub nr 6 oraz ewentualnie nr 7 i nr 8.

**Wszystkie dokumenty składane w kopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

zał. nr 1

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**
**DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W ROKU,**
**W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT KALENDARZOWYCH**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 297 § 1 Kodeksu karnego), oświadczam, iż:**

☐ **Otrzymałem*** pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

☐ **Nie otrzymałem*** pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

**(w przypadku spółki cywilnej oświadczenie wypełnia każdy wspólnik z osobna oraz spółka).**

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna udzielenia pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy | | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Przeznaczenie pomocy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PLN | EURO | | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| | | | **Suma:** | | | | |

.....
*miejscowość, data*

.....
*podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

* zaznaczyć właściwy kwadrat

zał. nr 2

## INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

**Charakterystyka prowadzonej działalności:**

Przedmiot działalności:

- branża, główne produkty i ich opis, opis rynku na jakim działa podmiot, planowane kierunki rozwoju i wejścia na nowe rynki (w przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą);
- wielkość gospodarstwa, profil produkcji, wielkość produkcji, możliwości rozwojowe (w przypadku producenta rolnego);
- wielkość placówki, główny przedmiot działalności (w przypadku pozostałych pracodawców).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

zał. nr 3

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU Wn-W**

1. Wnioskującym jest:*

   ☐ Pracodawca **nieprowadzący działalności gospodarczej** – niebędący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 poz. 702);

   ☐ Pracodawca **prowadzący działalność gospodarczą** – beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

2. Nazwa pracodawcy: .....

3. Oznaczenie formy prawnej:*

   ☐ Jednoosobowa działalność gospodarcza
   ☐ Spółka cywilna
   ☐ Spółka jawna
   ☐ Spółka partnerska
   ☐ Spółka komandytowa
   ☐ Spółka komandytowo-akcyjna
   ☐ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
   ☐ Spółka akcyjna
   ☐ Stowarzyszenie
   ☐ Spółdzielnia
   ☐ Inna (wpisać jaka) .....

4. Data rozpoczęcia działalności: .....

5. Osoba reprezentująca pracodawcę:

Imię i Nazwisko .....

Stanowisko lub wskazanie pełnionej funkcji .....

Numer telefonu .....

6. Osoba upoważniona do podpisania umowy:

Imię i Nazwisko .....,

Stanowisko .....

7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności – PKD (Polska Klasyfikacja Działalności) przeważający: .....

zgodnie z tworzonym stanowiskiem pracy: .....

---

*zaznaczyć właściwy kwadrat

8. Stan zatrudnienia (w okresie 6 pełnych miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz za miesiąc w którym składany jest wniosek):

| **Lp.** | **Miesiąc, rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników (stan na koniec miesiąca)** | **Liczba pracowników, z którymi zakończono / rozwiązano stosunek pracy w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (w danym miesiącu)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | przez pracodawcę bez winy pracownika | przez pracownika | z powodu upływu okresu | z innych powodów | ogółem liczba pracowników z którymi zakończono lub rozwiązano stosunek pracy |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| Na dzień złożenia wniosku | | | | | | | |
| | | **SUMA:** | | | | | |

9. Zmianowość:
   ☐ I zmiana ☐ II zmiany ☐ III zmiany ☐ inna *(podać jaka)* .....

10. Godziny pracy (od – do): .....

11. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla 1 osoby: .....

12. Podmiot **sektora publicznego**, który w punkcie 1 oświadczył, że prowadzi działalność gospodarczą w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych na wskazanych stanowiskach oświadcza:

   a) **Prowadzę** równocześnie działalność **niemającą charakteru gospodarczego:**

      ☐ TAK ☐ NIE

   b) **Prowadzę** rozdzielność rachunkową pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym, a działalnością niemającą charakteru gospodarczego:

      ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

   c) **Będę** zatrudniał niepełnosprawnych na stanowiskach związanych z prowadzoną działalnością o charakterze gospodarczym (zgodnie z zakresem obowiązków wynikającym z umowy o pracę):

      ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

13. Księgowość prowadzona jest:

   ☐ we własnym zakresie

   ☐ przez biuro rachunkowe (podać nazwę) .....

14. Uzasadnienie potrzeby stworzenia nowego stanowiska pracy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Uzasadnienie zakupu planowanych wydatków (**niezbędności**) wyszczególnionych we **wniosku Wn–W** (należy opisać sposób wykorzystania poszczególnego wyposażenia, środków trwałych, materiałów itd. w wyposażanym stanowisku pracy pod kątem ich celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku oraz określić czy zakupiona będzie nowa czy używana rzecz):

1) .....
.....
.....
.....

2) .....
.....
.....
.....

3) .....
.....
.....
.....

4) .....

.....
.....
.....
5) .....
.....
.....
.....
6) .....
.....
.....
.....
7) .....
.....
.....
.....
8) .....
.....
.....
.....

16. Sprzęt i wyposażenie wnioskowanego stanowiska, który już posiada wnioskodawca:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

zał. nr 4

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2022 r. poz 1138 z poźn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca oświadczam, że:**

1. **jestem / nie jestem*** płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT;
2. **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczenia podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy;
3. **jestem / nie jestem*** zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości;
4. **jestem / nie jestem** zakładem pracy chronionej;
5. **nie ubiegam / ubiegam*** się o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła;
6. **prowadzę / nie prowadzę*** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawo przedsiębiorców co najmniej przez 12 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu jej zawieszenia) – **wypełnia tylko pracodawca prowadzący działalność gospodarczą**;
7. **oświadczam**, że znam i spełniam warunki Rozporządzenia MPiPS z dnia z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1276);
8. **oświadczam**, że zapoznałem(am) się z Regulaminem w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON w 2023 roku;
9. **zobowiązuję się** pisemnie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie o wszystkich zmianach danych zawartych w składanym wniosku oraz dołączonych do niego załącznikach do dnia spisania umowy w sprawie wyposażenia stanowiska dla osoby niepełnosprawnej;
10. **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
11. **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych (np. opłat lokalnych, podatków, itp.);
12. **nie posiadam / posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
13. **nie byłem(am) / byłem(am)*** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2023 r. poz. 659 z późn. zm.);
14. **nie jestem / jestem*** zobowiązany(a) do zwrotu udzielonej mi wcześniej pomocy publicznej na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702);

15. **nie jestem / jestem*** objęty(a) postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dotyczącej naruszenia praw pracowniczych;

16. **nie zostałem(am) / zostałem(am)*** wpisany(a) na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki sankcyjne, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.);

17. **nie zostałem(am) / zostałem(am)*** skazany(a) w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych;

18. **oświadczam**, że jest mi wiadome że przyznane środki stanowią pomoc de minimis i oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą:**
    a) rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotowi gospodarczemu: przekraczających 200 000 EURO (w sektorze drogowego transportu towarów – 100 000 EURO) lub
    b) rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 oraz Dz. Urz. UE L51 I z 22.02.2019 r., str. 1), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej producentowi rolnemu: przekraczających 20 000 EURO lub
    c) rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45 oraz Dz. Urz. UE L 414 z 09.12.2020, str. 15), gdyż w okresie 3 lat budżetowych przed dniem złożenia wniosku, nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotowi gospodarczemu przekraczających 30 000 EURO;

19. **w przypadku otrzymania** pomocy de minimis po dniu złożenia wniosku, a przed podpisaniem umowy, zobowiązuje się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą**;

20. **zobowiązuję się** do zatrudniania na wyposażonym stanowisku pracy osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy;

21. **jest mi wiadome**, że pomoc de minimis przyznana na podstawie niniejszego wniosku łącznie z inną pomocą ze środków publicznych niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym również z budżetu Unii Europejskiej udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych nie może spowodować przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy – **dotyczy tylko pracodawcy prowadzącego działalność gospodarczą**.

| | |
|---|---|
| ..... | ..... |
| *miejscowość, data* | *podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania* |

*niepotrzebne skreślić

zał. nr 5

.....
(pieczęć firmowa)

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2022 r. poz 1138 z poźn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca **oświadczam, że**:

**Nie mam** możliwości odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskuję o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z **uwzględnieniem tych podatków**. Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej części poniesionego VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tych podatków.

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

zał. nr 6

.....
(pieczęć firmowa)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O KWALIFIKOWALNOŚCI VAT**

Świadomy, iż poświadczenie nieprawdy, zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2022 r. poz 1138 z poźn. zm.) podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, jako Pracodawca **oświadczam, że:**

**Mam możliwość** odliczenia podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego. W związku z powyższym wnioskuję o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy z pominięciem tych podatków.

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania*

zał. nr 7

**Klauzula informacyjna**

W trybie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L z 2016 r., 119/1 z 4 maja 2016 r., Dz. Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4 marca 2021 r., str. 35) dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2, 38-100 Strzyżów reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzyżowie – tel.: 17 2768485, e-mail: iod@strzyzow.praca.gov.pl, adres: Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2.
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.), a także w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów innych ustaw.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz przepisy art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w celu korzystania ze świadczeń i usług realizowanych przez powiatowy urząd pracy, a w przypadku zawierania umów warunkiem ich zawarcia. Ewentualną konsekwencją odmowy podania przez Panią/Pana danych osobowych jest odmowa przyznania uprawnień, o które się Pani/Pan ubiega, ich utrata lub pozbawienie, jeżeli z odmową podania danych osobowych taki skutek wiążą obowiązujące przepisy ustaw, a w przypadku zawierania umów odmowa ich zawarcia. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnione osoby, które są zaangażowane w realizację ww. zadań.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa do udostępnienia im danych osobowych, m.in. Urząd Skarbowy, Wojewódzki Urząd Pracy, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Państwowa Inspekcja Pracy, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a także inne podmioty na podstawie zawartych umów takie jak: banki, Poczta Polska SA, podmioty świadczące usługi szkoleniowe, audytowe, niszczenia dokumentów, itp.
7. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe pozyskane od wszystkich podmiotów zobowiązanych na podstawie ustawy do udostępnienia tych danych tutejszemu Urzędowi.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
   a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
   b) sprostowania danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe,
   c) usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tych danych, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – tylko wówczas, gdy usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych lub wniesiony sprzeciw nie będzie uniemożliwiać realizacji swoich zadań przez organy publiczne i nie będzie sprzeczne z przepisami prawa,
   d) cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – tylko wówczas, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO,
   e) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i ust. 4 RODO.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikającego z przepisów obowiązującego prawa, m.in. ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).

Zapoznałem/am się

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

zał. nr 8

**DANE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ - ……...……..…**
**(nazwa spółki)**

**Liczba wspólników spółki cywilnej: ……**

**I WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....

.....

3. Adres miejsca zamieszkania: .....

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....

.....

5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

..... .....
*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wspólnika*

**II WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....

.....

3. Adres miejsca zamieszkania: .....

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....

.....

5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

..... .....
*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wspólnika*

**III WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....

.....

3. Adres miejsca zamieszkania: .....

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....

.....

5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wspólnika*

**IV WSPÓLNIK**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....

.....

3. Adres miejsca zamieszkania: .....

.....

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....

.....

5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

..... .....

*miejscowość, data* *podpis i pieczątka wspólnika*