



INFORMACJE DODATKOWE (WYPEŁNIA TYLKO WNIOSKODAWCA PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ):

Nazwa Wnioskodawcy	
Siedziba / Adres Wnioskodawcy	
Miejsce prowadzenia działalności	
Informacja o zajęciach egzekucyjnych	Czy zdarzały się zajęcia komornicze lub sprawy sądowe prowadzone przeciwko Wnioskodawcy w ostatnim roku? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Sezonowość prowadzonej działalności (wybrać właściwy wariant – zaznaczyć tylko jeden)	Przychody Wnioskodawcy charakteryzują się sezonowością. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Przychody Wnioskodawcy charakteryzują się sezonowością, ale Wnioskodawca posiada dodatkowe źródła przychodów pozwalające minimalizować skutki sezonowości. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Przychody Wnioskodawcy charakteryzują się sezonowością, i Wnioskodawca nie posiada dodatkowych źródeł przychodów pozwalających minimalizować skutki sezonowości <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zatrudnianie pracowników	Czy Wnioskodawca zatrudnia pracowników? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Liczba zatrudnionych pracowników _____ na dzień składania wniosku Zmiana zatrudnienia w ciągu ostatniego roku (+/-) w procentach (wpisać procentowo liczbę zmiany zatrudnienia np. wzrost 10% lub spadek -10%) _____
Pozycja na rynku	Zasięg działania: <input type="checkbox"/> ponadlokalny <input type="checkbox"/> lokalny
Stopień uzależnienia od kontrahentów	



1) Czy Wnioskodawca posiada stałych dostawców? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
2) Ile wynosi poziom dostaw od największego z dostawców? (%) _____			
Ogólna liczba dostawców:			
Dostawca	% udział w dostawach	Okres współpracy	Kontrakt/ umowa ramowa/zamówienia
1) Czy Wnioskodawca posiada stałych odbiorców? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
2) Ile wynosi poziom sprzedaży dla największego odbiorcy? (%) _____			
Ogólna liczba odbiorców:			
Odbiorca	% udział w sprzedaży	Okres współpracy	Kontrakt/ umowa ramowa/zamówienia
Nagrody/certyfikaty jakości swoich produktów?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy firma posiada system obsługi zwrotów/reklamacji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Kwalifikacje kadry zarządzającej - każdego członka kadry zarządzającej	Znajomość branży w latach	Doświadczenie w zarządzaniu (w latach)	Okres pracy w firmie (w latach)

Oświadczam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Kodeksu karnego, że informacje podane wyżej są zgodne ze stanem faktycznym.

_____ (miejscowość, data)

_____ (pieczęć firmowa oraz podpisy osób reprezentujących Wnioskodawcę)