Załącznik nr 1 do Regulaminu

**WNIOSEK O AKREDYTACJĘ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Dane Ośrodka Innowacji wnioskującego o akredytację** | |
| **1.1** | **Pełna nazwa Instytucji Zarządzającej Ośrodkiem Innowacji** (jeśli dotyczy) |  |
| **1.2** | **Nazwa Ośrodka Innowacji** (jeśli różna niż w pkt. 1.1.) |  |
| **1.3** | **Miejsce rejestracji Ośrodka Innowacji** (ulica, nr budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość) |  |
| **1.4** | **Adres siedziby Ośrodka Innowacji** (jeżeli inny niż w pkt 1.3) |  |
| **1.5** | **Adres e-mail** |  |
| **1.6** | **Adres strony www** |  |
| **1.7.** | **NIP** |  |
| **1.8** | **REGON** |  |
| **1.9.** | **KRS** |  |
| **1.10** | **Data rozpoczęcia działalności na terenie województwa świętokrzyskiego** (dzień/miesiąc/rok zgodnie z załączonym dokumentem potwierdzającym ten fakt) |  |
| **1.11** | **Osoba/osoby uprawniona/e do reprezentowania Ośrodka** (imię i nazwisko, stanowisko) |  |
| **1.12** | **Osoba do kontaktu** (imię i nazwisko, stanowisko, służbowy numer telefonu, służbowy adres e-mail) |  |
| **1.13** | **Status finansowy Ośrodka Innowacji**  (oświadczenie wraz z załączonym dokumentem potwierdzającym status finansowy Ośrodka o niedziałaniu dla zysku lub przeznaczaniu zysku na cele statutowe). | |
| **Oświadczenie o niedziałaniu dla zysku lub przeznaczeniu zysku na cele statutowe**  Oświadczam, że .................................................................................................. (nazwa Ośrodka wraz z identyfikacją formalną – NIP/REGON/KRS) w ciągu ostatnich 3 lat liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację spełnia definicję Ośrodka Innowacji wskazaną w Regulaminie, tj. nie działała dla zysku lub ewentualny zysk przeznacza na cele statutowe zgodnie z zapisami w ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (nazwa dokumentu).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość, Data*  *Podpis osoby/osób uprawnionej/nych*  *do reprezentowania Ośrodka* | | | |
| **2.** | **Potencjał Ośrodka Innowacji** | |
| **2.1** | **Doświadczenie w realizacji proinnowacyjnych usług na rzecz MŚP.**  Należy wykazać doświadczenie w realizacji co najmniej 10 proinnowacyjnych usług (rozumianych według definicji zawartej w Regulaminie) na rzecz MŚP w przeciągu ostatnich 4 lat liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację oraz załączyć protokoły odbioru/rekomendacje. | |
|  | |
| **2.2** | **Potencjał kadrowy Ośrodka.**  Należy wykazać, że Ośrodek zatrudnia na umowę o pracę na pełen etat co najmniej 2 osoby posiadające min. 3-letnie doświadczenie zawodowe oraz doświadczenie w realizacji min. 3 usług proinnowacyjnych (rozumianych według definicji zawartej w Regulaminie) na rzecz MŚP w przeciągu ostatnich 4 lat liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację oraz załączyć protokoły odbioru/rekomendacje imienne bądź poświadczone przez Ośrodek. | |
|  | |
| **2.3** | **Dostęp do zasobów ekspertów zewnętrznych.**  Należy wykazać współpracę z co najmniej 1 ekspertem zewnętrznym, niezwiązanym z Ośrodkiem stałymi umowami, który posiada min. 6 letnie doświadczenie zawodowe oraz doświadczenie w realizacji min. 7 usług proinnowacyjnych (rozumianych według definicji zawartej w Regulaminie), w tym co najmniej 2 na zlecenie Ośrodka Innowacji, w przeciągu ostatnich 4 lat liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację oraz załączyć protokoły odbioru/rekomendacje potwierdzające doświadczenie. | |
|  | |
| **2.4** | **Doświadczenie Ośrodka w realizacji projektów na rzecz MŚP współfinansowanych ze środków publicznych.**  Należy wykazać, że Ośrodek realizuje/realizował w przeciągu ostatnich 4 lat liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację, co najmniej 1 projekt ukierunkowany na wsparcie MŚP, współfinansowany ze środków publicznych. | |
|  | |
| **2.5** | **Doświadczenie Ośrodka we współpracy z sektorem B+R.**  Należy wykazać doświadczenie we współpracy z jednostką/jednostkami B+R lub uczelnią/uczelniami wyższymi w realizacji wspólnych działań na rzecz MŚP. Wspólne działania rozumiane są jako formalne wspólnie zrealizowane zlecenia/projekty na rzecz MŚP. | |
|  | |
| **2.6** | **Dostęp do zaplecza infrastrukturalnego.**  Należy wykazać, że Ośrodek posiada dostęp do infrastruktury, własnej lub w dyspozycji, służącej do realizacji usług proinnowacyjnych na rzecz MŚP. | |
|  | |
| **3.** | **Oświadczenia** | |
| * Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem akredytacji regionalnej Ośrodków Innowacji w województwie świętokrzyskim i akceptuję jego zasady. * Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Wniosku o akredytację oraz w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń. * Wyrażam zgodę na uczestniczenie w systemie monitoringu i udzielanie informacji na potrzeby ewaluacji (ocen), przeprowadzanych przez jednostkę akredytującą lub inną uprawnioną/ wskazaną przezeń instytucję lub jednostkę organizacyjną. * Wszystkim osobom, których dane osobowe zostają przekazane we wniosku, udostępniono informacje dotyczące przetwarzania ich danych osobowych, zawarte w klauzuli informacyjnej opublikowanej w ogłoszeniu o naborze.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość, Data*  *Podpis osoby/osób uprawnionej/nych*  *do reprezentowania Ośrodka* | | |