**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WIZYTĘ STUDYJNĄ  
Niemcy**

**w dniach 22-25.03.2022 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE FIRMY** (wypełnia osoba uprawniona do reprezentowania firmy): | |
| **Nazwa firmy** |  |
| **Adres – ulica, miejscowość** |  |
| **NIP** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Adres strony internetowej firmy** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA I INFORMACJE niezbędne w procesie oceny Państwa zgłoszenia:** | |
| **Proszę krótko opisać jak działalność Państwa firmy (oferowane produkty/usługi) wpisują się w koncepcję turystyki wellbeing**  (definicja podana jest w Regulaminie wyjazdu) |  |
| **Jeżeli Państwa firma posiada certyfikaty lub wyróżnienia branżowe związane z oferowanym produktem/usługą** proszę je wymienić w kolumnie obok - nazwa, organ certyfikujący |  |
| **Jeżeli Państwa firma prowadzi regularną współpracę z lokalnymi organizacjami, instytucjami lub innymi firmami, mającą na celu wsparcie lokalnej społeczności i/lub rozwój regionu -** proszę ją krótko opisać w kolumnie obok (zakres współpracy, w jaki sposób poprzez tę współpracę realizujecie Państwo cel, jakim jest rozwój i/lub wsparcie lokalnej społeczności) |  |
| **Czy w swojej działalności (oferowanych produktach/usługach) wykorzystują Państwo elementy związane z dziedzictwem KULTUROWYM regionu, w którym prowadzona jest działalność?** Proszę wskazać w kolumnie obok w jakim zakresie. |  |
| **Czy w swojej działalności (oferowanych produktach/usługach) wykorzystują Państwo elementy związane z dziedzictwem NATURALNYM regionu, w którym prowadzona jest działalność?** Proszę wskazać w kolumnie obok w jakim zakresie. |  |
| **Co chcieliby Państwo zyskać dzięki udziałowi w wizycie studyjnej\*?** Prosimy krótko wskazać w kolumnie obok |  |
| **Oświadczam, że firma należy do sektora MŚP i jest:\*** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | * MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM * MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM * ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM |
| **Oświadczam, że zakres działalności należy do min. jednej ze wskazanych grup\*** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź, można wybrać kilka) | * Grupa NOCLEGI - działalność związana z oferowaniem turystom zakwaterowania * Grupa GASTRONOMIA - działalność gastronomiczna, w której oferta kierowana jest m.in. do turystów * Grupa PRODUKT/USŁUGA WELLBEING - dotyczy oferty produktów/usług, które mogą stanowić element turystyki wellbeing |
| **Oświadczam, że jako Przedsiębiorca nie podlegam wykluczeniu z możliwości ubiegania się o środki europejskie\*** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | * TAK * NIE |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy* | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DODATKOWE OŚWIADCZENIA** (pola obowiązkowe, ***proszę podkreślić właściwą odpowiedź***) | |
| 1. **Zgody osoby uprawnionej do reprezentowania firmy** | |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem uczestnictwa w wizycie studyjnej” oraz „Kryteriami wyboru” stanowiącymi Załącznik nr 8 do Regulaminu\* | * TAK * NIE |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych w ramach projektu „Wellbeing Tourism in the South Baltic Region - Guidelines for good practices & Promotion (SB WELL)”. \* - Załącznik nr 6 do Regulaminu | * TAK * NIE |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych danych w ramach projektu *„Wellbeing Tourism in the South Baltic Region - Guidelines for good practices & Promotion (SB WELL)”* w celu:  a) rekrutacji, organizacji i realizacji wizyty studyjnej  b) otrzymywania informacji drogą telefoniczną i elektroniczną nt. działań podejmowanych w projekcie i wydarzeń organizowanych w jego ramach\*(w każdym z podpunktów proszę podkreślić właściwe) | a)   * TAK * NIE   b)   * TAK * NIE |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UCZESTNICTWA W WIZYCIE STUDYJNEJ** | | |
| **Imię i Nazwisko** |  | |
| **Stanowisko** |  | |
| **Telefon do kontaktu** |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **OŚWIADCZENIA I INFORMACJE niezbędne w procesie oceny Państwa zgłoszenia** (pola obowiązkowe)**:** | | |
| **Oświadczam, że posiadam umiejętność komunikowania się w języku angielskim, w stopniu pozwalającym na pełne uczestnictwo w wizycie studyjnej\***  (proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | | * TAK * NIE |
| **Zobowiązuję się do uczestnictwa w bezpłatnym spotkaniu mentoringowo-organizacyjnym przed wizytą studyjną\*** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | | * TAK * NIE |
| **Zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w min. 1 seminarium dla branży turystycznej, którego celem będzie prezentacja doświadczeń i dobrych praktyk z wizyt studyjnych\*** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | | * TAK * NIE |
| **DODATKOWE OŚWIADCZENIA** (pola obowiązkowe, proszę podkreślić właściwą odpowiedź) | | |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem uczestnictwa w wizycie studyjnej”\* | | * TAK * NIE |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych w ramach projektu *„Wellbeing Tourism in the South Baltic Region - Guidelines for good practices & Promotion (SB WELL)”*. \* - Załącznik nr 6 do Regulaminu | | * TAK * NIE |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych danych osobowych w ramach projektu *„Wellbeing Tourism in the South Baltic Region - Guidelines for good practices & Promotion (SB WELL)”* w celu rekrutacji, organizacji i realizacji wizyty studyjnej oraz otrzymywania informacji drogą telefoniczną i elektroniczną w związku z moim uczestnictwem w wizycie studyjnej\* | | * TAK * NIE |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i podpis osoby zgłaszanej do uczestnictwa w wizycie studyjnej* | | |

*Wypełniony formularz należy przesłać na adres:* ***sbwell@arp.gda.pl***

*W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: (58) 32 33 237 lub (58) 32 33 106*