Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie

nabór FELD.09.01-IP.02-003/25

**POTENCJAŁ INSTYTUCJI OTOCZENIA BIZNESU**

**Nazwa Wnioskodawcy:** …………………………………………………………………………….

**Tytuł projektu:** ……………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. WYKONALNOŚĆ ORGANIZACYJNA PROJEKTU** | | | | | | | | | |
| **A.1 ZASOBY TECHNICZNE WNIOSKODAWCY I PARTNERA (JEŚLI DOTYCZY) NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROJEKTU**  *Należy opisać* *czy Wnioskodawca i partnerzy dysponują odpowiednią przestrzenią biurową wyposażoną w urządzenia biurowe, która będzie udostępniona tworzonym przedsiębiorstwom oraz infrastrukturą techniczną niezbędną do świadczenia usług doradczych na rzecz przedsiębiorstw.* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **A.2 OFERTA WNIOSKODAWCY (ZORIENTOWANIE NA KLIENTA)**  *Należy opisać ofertę usług wnioskodawcy i partnera (jeśli dotyczy). Opis powinien zawierać m.in. informacje, czy wnioskodawca/partner prowadzi segmentację klientów w podziale na ofertę usług lub ich zdiagnozowane potrzeby, czy posiada mechanizmy kontroli oceny jakości świadczonych usług oraz czy prowadzi aktywne działania służące pozyskiwaniu nowych klientów.* | | | | | | | | | |
| Opis oferty Wnioskodawcy i Partnera: | | | | | | | | | |
| **A.3 DOŚWIADCZENIE W PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI IOB** | | | | | | | | | |
| **CZY WNIOSKODAWCA POSIADA CO NAJMNIEJ TRZYLETNIE (przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie) DOŚWIADCZENIE W PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZANEJ Z ROZWOJEM ISTNIEJĄCYCH PRZEDSIĘBIORSTW ORAZ ŚWIADCZENIEM USŁUG DORADCZYCH NA RZECZ PRZEDSIĘBIORSTW**, w tym w obszarach tematycznych związanych z Regionalnymi Inteligentnymi Specjalizacjami, określonymi w „Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Łódzkiego „RSI Łódzkie 2030+”, obowiązującej na dzień ogłoszenia o naborze oraz wynikających z nich nisz specjalizacyjnych”? Doświadczenie należy opisać w polu tekstowym. | | | | | | | | | |
| **TAK** | | |  | **NIE** | |  |  | | |
| **Opis doświadczenia:** | | | | | | | | | |
| **CZY WNIOSKODAWCA POSIADA DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROJEKTÓW GRANTOWYCH?**  *Projekt grantowy to projekt, o którym mowa w art. 41 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Za projekt tożsamy z projektem grantowym uznawane są wszelkie projekty finansowane ze środków publicznych, w których dany podmiot przekazywał wsparcie finansowe lub niefinansowe w formie usług przedsiębiorcom lub innym adresatom tych projektów.*  *Jeśli zaznaczono „NIE” nie należy wypełniać poniższej tabeli.* | | | | | | | | **Tak** | **Nie** |
|  |  |
| **Opis doświadczenia:** | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Tytuł projektu** | **Nazwa programu**  **(jeśli dotyczy)** | | | **Krótki opis projektu** | | | **Kwota dofinansowania** | **Okres realizacji projektu** |
|  |  |  | | |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.4 STANDARDY** | | | | |
| **OPISZ CZY WNIOSKODAWCA:**   * Prowadził w roku poprzedzającym rok złożenia wniosku o dofinansowanie działania pozwalające na weryfikację jakości realizowanych usług, identyfikację nowych potrzeb odbiorców usług i podnoszenie efektywności świadczonych usług (np. badanie satysfakcji klientów) lub * posiada wdrożony i stosowany w ciągu całego roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie standard w systemach odpowiadających zakresowi oferowanych w ramach projektu usług, np. norma ISO. Standard może być certyfikowany (wówczas należy wskazać podmiot certyfikujący, datę certyfikacji, okres ważności certyfikatu) lub niecertyfikowany (wówczas należy opisać standard, wskazać jak wpływa na poprawę jakości świadczenia usług objętych projektem). | | | | |
| **TAK** |  | **NIE** |  |  |
| **Opis standardów:** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. POTENCJAŁ WNIOSKODAWCY DO ŚWIADCZENIA USŁUG** | | | | | | | |
| **B.1 DOŚWIADCZENIE KADRY WNIOSKODAWCY**  *Wiersze tabeli należy powielić w zależności od potrzeb****.***  ***Tabela ta wskazać ma czy wnioskodawca dysponuje niezbędnym zespołem składającym się co najmniej z pięciu osób, z których każda posiada udokumentowane, co najmniej trzyletnie praktyczne doświadczenie w świadczeniu usług doradczych, w tym w obszarach tematycznych związanych z Regionalnymi Inteligentnymi Specjalizacjami Województwa Łódzkiego, określonymi w Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Łódzkiego „RSI Łódzkie 2030+”, obowiązującej na dzień ogłoszenia o naborze***  ***Osoby te muszą być zatrudnione lub współpracujące z wnioskodawcą w oparciu o umowę (np. umowę cywilnoprawną, B2B) w okresie sześciu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie.*** | | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA WNIOSKODAWCY** | | |  | | | | |
| **FORMA ZAANGAŻOWANIA**  *(umowa o pracę / umowa zlecenie / własna działalność gospodarcza etc.)* | **RODZAJ USŁUGI** | | **ZAKRES USŁUGI**  *(cel, usługi, główne działania podejmowane w zakresie świadczenia usługi)* | | **CHARAKTERYSTYKA ODBIORCÓW USŁUGI**  *(osoby fizyczne / MŚP/ duże przedsiębiorstwa / inne rodzaje podmiotów, branża etc.)* | | **OKRES REALIZACJI USŁUGI** |
|  |  | |  | |  | |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA WNIOSKODAWCY** | | |  | | | | |
| **FORMA ZAANGAŻOWANIA**  *(umowa o pracę / umowa zlecenie / własna działalność gospodarcza etc.)* | **RODZAJ USŁUGI** | | **ZAKRES USŁUGI**  *(cel, usługi, główne działania podejmowane w zakresie świadczenia usługi)* | | **CHARAKTERYSTYKA ODBIORCÓW USŁUGI**  *(osoby fizyczne / MŚP/ duże przedsiębiorstwa / inne rodzaje podmiotów, branża etc.)* | | **OKRES REALIZACJI USŁUGI** |
|  |  | |  | |  | |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA WNIOSKODAWCY** | | | |  | | | | |
| **FORMA ZAANGAŻOWANIA**  *(umowa o pracę / umowa zlecenie / własna działalność gospodarcza etc.)* | | **RODZAJ USŁUGI** | | **ZAKRES USŁUGI**  *(cel, usługi, główne działania podejmowane w zakresie świadczenia usługi)* | | **CHARAKTERYSTYKA ODBIORCÓW USŁUGI**  *(osoby fizyczne / MŚP/ duże przedsiębiorstwa / inne rodzaje podmiotów, branża etc.)* | | **OKRES REALIZACJI USŁUGI** |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA WNIOSKODAWCY** | | | |  | | | | |
| **FORMA ZAANGAŻOWANIA**  *(umowa o pracę / umowa zlecenie / własna działalność gospodarcza etc.)* | | **RODZAJ USŁUGI** | | **ZAKRES USŁUGI**  *(cel, usługi, główne działania podejmowane w zakresie świadczenia usługi)* | | **CHARAKTERYSTYKA ODBIORCÓW USŁUGI**  *(osoby fizyczne / MŚP/ duże przedsiębiorstwa / inne rodzaje podmiotów, branża etc.)* | | **OKRES REALIZACJI USŁUGI** |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA WNIOSKODAWCY** | | | |  | | | | |
| **FORMA ZAANGAŻOWANIA**  *(umowa o pracę / umowa zlecenie / własna działalność gospodarcza etc.)* | | **RODZAJ USŁUGI** | | **ZAKRES USŁUGI**  *(cel, usługi, główne działania podejmowane w zakresie świadczenia usługi)* | | **CHARAKTERYSTYKA ODBIORCÓW USŁUGI**  *(osoby fizyczne / MŚP/ duże przedsiębiorstwa / inne rodzaje podmiotów, branża etc.)* | | **OKRES REALIZACJI USŁUGI** |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **B.2 DOŚWIADCZENIE I KOMPETENCJE KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ**  *Wiersze tabeli należy powielić w zależności od potrzeb.* | | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | **FORMA ZAANGAŻOWANIA** | **ROLA W PROJEKCIE** | | **WIEDZA I KOMPETENCJE ISTOTNE**  **DLA REALIZACJI PROJEKTU** | | **DOŚWIADCZENIE ISTOTNE**  **DLA REALIZACJI PROJEKTU** | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |