

FORMULARZ CZŁONKA KLASTRA

Dane podmiotu	
Rodzaj podmiotu	
Nazwa podmiotu	
NIP/odpowiednik	
REGON (jeśli dotyczy)	
Numer w (jeśli dotyczy): a) Krajowym Rejestrze Sadowym: b) Ewidencji Działalność Gospodarczej:	
Wnioskodawca/uczestnik prowadzi działalność na terytorium RP TAK/NIE	
Adres siedziby:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kraj:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Numer telefonu:	
Numer faksu:	
Adres poczty elektronicznej:	
Adres strony internetowej:	
Forma prawna prowadzonej działalności	
Kod PKD/EKD podstawowej działalności gospodarczej	
Działalność podstawowa: PKD 2007 PKD 2004 EKD	
Opis działalności:	
Data rejestracji rozpoczęcia prowadzenia działalności	
Wielkość zatrudnienia na dzień składania wniosku (w etatach – dot. pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę)	

Koordinatorem Zachodniopomorskiego Klastra Medycznego SYNERGIA jest Fundacja Dom Lekarski „Innowacyjna Medycyna”

PRZEDSIĘBIORCA:	
Mikro (TAK/NIE)	
Mały (TAK/NIE)	
Średni (TAK/NIE)	
Duży (TAK/NIE)	
Wartość sprzedaży za 2013r.	
Oczekiwania od ZKM SYNERGIA	
Aktualne potrzeby, pomysły	
Dane osoby/osób upoważnionych do kontaktów	
Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Numer telefonu/fax (wraz z numerem kierunkowym)	
Numer telefonu komórkowego (opcjonalnie)	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie powyższych danych na cele związane z funkcjonowaniem Fundacji Dom Lekarski „Innowacyjna Medycyna” oraz na potrzeby wniosków o dofinansowanie projektów ze źródeł zewnętrznych realizowanych przez Fundację Dom Lekarski „Innowacyjna Medycyna” oraz jej partnerów.

miejsowość, data

podpis