*Załącznik nr 2*

**WNIOSEK O WSPARCIE PES I PS**

**POPRZEZ PRZEPROWADZANIE PRZEZ OWES ZAKUPÓW OD NICH PRODUKTÓW LUB USŁUG ZWIĄZANYCH Z PRZECIWDZIAŁANIEM SKUTKOM WYSTĄPIENIA COVID-19 I NIEODPŁATNE ICH PRZEKAZANIE INSTYTUCJOM POMOCOWYM I INNYM UPRAWNIONYM PODMIOTOM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa PES/PS** | |  | | | |
| **NIP** | |  | | | |
| **Telefon** | |  | | | |
| **E-mail** | |  | | | |
| **INFORMACJE NA TEMAT USŁUG/PRODUKTÓW** | | | | | |
| **Lp.** | **nazwa** | **ilość** | **wartość jednostkowa netto** | **wartość jednostkowa brutto** | **wartość łączna brutto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | | | |  |
| **Liczba miejsc pracy w podmiocie** | |  | | | |
| **Czy w związku z wystąpieniem COVID-19 istnieje zagrożenie utrzymania miejsc pracy?** | |  | | | |
| **Czy wystąpienie COVID-19 spowodowało trudności w prowadzeniu działalności przez podmiot?** | |  | | | |
| **Czy nastąpił spadek przychodów w związku z wystąpieniem COVID-19?** | |  | | | |
| **Jeśli nastąpił spadek przychodów, proszę podać jego skalę, porównując:**  **- analogiczny miesiąc (np. maj) 2020 r. do miesiąca (np. maj) 2019 r.,**  **lub**  **- okres 2 miesięcy (np. kwiecień-maj 2020) do okresu poprzedniego (np. styczeń-luty 2020)** | |  | | | |

Oświadczam, że zadania, które będą realizowane w zakresie przeciwdziałania skutkom wystąpienia COVID-19 objęte niniejszym wnioskiem, nie są współfinansowane z innych środków publicznych.

Oświadczam ze świadomością, że zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy – w wyniku składanego oświadczenia – zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

……………………………………….. ………………………………………………..

*Miejscowość, data Podpisy osób upoważnionych*

*do reprezentowania instytucji*

|  |
| --- |
| **DECYZJA OWES** |
| * **OWES zleca działania przeciwdziałające skutkom wystąpienia COVID-19 w pełnym zakresie** * **OWES nie zleca działań** * **OWES zleca działania w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | *Data i podpis przedstawiciela OWES* | |