Załącznik 2 do Regulaminu

# **WNIOSEK O AKREDYTACJĘ OŚRODKA INNOWACJI**

[Wniosek o akredytację należy wypełnić komputerowo zgodnie z instrukcją, zawartą w nawiasach]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Dane podstawowe** | | |
| **1.** | **Nazwa Instytucji Zarządzającej Ośrodkiem Innowacji** |  |
| **2.** | **Adres siedziby instytucji Zarządzającej Ośrodkiem Innowacji**  [ulica, numer budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość] |  |
| **3.** | **Adres korespondencyjny**  [ulica, numer budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość] |  |
| **4.** | **Adres e-mail** |  |
| **5.** | **NIP** |  |
| **6.** | **KRS** |  |
| **7.** | **Dane osoby/osób uprawnionej/ych do składania oświadczeń woli w imieniu Ośrodka Innowacji**  [należy wskazać imię i nazwisko osoby/osób, wraz ze stanowiskiem, uprawnionych według załączonych dokumentów, do składania oświadczenia woli w imieniu Instytucji Zarządzającej Ośrodkiem Innowacji] |  |
| **8.** | **Dane osoby do kontaktu**  [należy wskazać dane kontaktowe do osoby odpowiedzialnej za udzielenie informacji dotyczącej Wniosku o  akredytację, w układzie:  imię, nazwisko, stanowisko, adres, telefon, e-mail] |  |
| **9.** | **Nazwa Ośrodka Innowacji**  [jeśli inna niż w pkt. 1] |  |
| **10.** | **Data rozpoczęcia działalności Ośrodka Innowacji w województwie lubuskim**  [należy wskazać datę rozpoczęcia działalności Ośrodka Innowacji w  województwie lubuskim, w układzie dzień/miesiąc/rok.] | */dd/mm/rr/* |
| **11.** | **Miejsce/a prowadzonej działalności przez Ośrodek Innowacji**  [należy wskazać adresy wszystkich lokalizacji, w których Ośrodek Innowacji prowadzi działalność. Do  Wniosku należy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego funkcjonowanie filii/oddziału Ośrodka Innowacji na terenie województwa lubuskiego nie krócej niż 1 rok wstecz od złożenia Wniosku o akredytację] |  |
| **12.** | **Status organizacyjny Ośrodka Innowacji**  [należy wybrać z listy adekwatny status organizacyjny Ośrodka Innowacji ubiegającego się o  akredytację, fakt ten potwierdzić dołączając:   * pierwszy, ustanawiający działanie Ośrodka Innowacji formalny dokument określający jego zakres i  sposób działania, * dla spółek kapitałowych pierwszy akt notarialny, * dla jednostek organizacyjnych JST, uczelni, izb, związków uchwałę ustanawiającą Ośrodek Innowacji wraz z pierwszym regulaminem lub innym dokumentem opisującym zasady i  działania zatwierdzony/przyjęty przez właściwy organ.] | * Ośrodek Innowacji, ubiegający się o akredytację, jest jednocześnie Instytucją Zarządzająca. * Ośrodek Innowacji, ubiegający się o akredytację, stanowi wyodrębnioną organizacyjnie i  finansowo jednostkę organizacyjną Instytucji Zarządzającej. * Ośrodek Innowacji, ubiegający się o akredytację, jest wyodrębniony funkcjonalnie w  ramach Instytucji Zarządzającej. |
| **13.** | **Status finansowy Ośrodka Innowacji**  [należy wybrać z listy adekwatny status finansowy Ośrodka Innowacji ubiegającego się o akredytację, fakt ten potwierdzić dołączając Oświadczenie według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do Regulaminu o niedziałaniu dla zysku lub przeznaczaniu zysku na cele statutowe zgodnie z zapisami w statucie lub innym równoważnym dokumencie dotyczącym Ośrodka Innowacji w ciągu ostatnich 3 lat kalendarzowych przed dniem złożenia Wniosku o akredytację. Oświadczenie składają osoby uprawnione. Załącznikiem do Wniosku jest również dokument udowadniający ten fakt.] | * Ośrodek Innowacji prowadzi działalności non profit/not for profit * Ośrodek Innowacji nie prowadzi działalności non profit/not for profit |
| **14.** | **Profil/e działalności Ośrodka Innowacji**  [należy wybrać z listy profil/e, w które wpisuje się działalność Ośrodka Innowacji, zgodnie z Załącznikiem 1 do Regulaminu. Ośrodek może wskazać więcej niż jeden profil, w  ramach którego prowadzi działalność, jeden z nich powinien zostać wskazany jako profil wiodący.  Wyłącznie Ośrodki Innowacji wpisujące się w przynajmniej jeden profil mogą wnioskować o akredytację.  W przypadku kontroli Ośrodek Innowacji ma wykazać uzasadnienie przyjętych oszacowań.] | **Należy zaznaczyć znakiem X**   * Centrum Innowacji * Park Naukowo-technologiczny * Inkubator technologiczny z  infrastrukturą * Centrum Transferu Technologii   *dodatkowe działalności do profili*   * Prowadzenie działalności badawczo - rozwojowej (B+R) * Realizacja programu akceleracji |
| **15.** | **Zgodność działalności Ośrodka Innowacji z Regionalnymi Inteligentnymi Specjalizacjami Województwa Lubuskiego (RIS)**  [należy wybrać z listy RIS/y, w które wpisuje się działalność Ośrodka Innowacji, szacując branże z których pochodzi większość klientów, którzy korzystają z usług Ośrodka Innowacji według statystyk prowadzonych przez Ośrodek Innowacji za okres 3 lat kalendarzowych wstecz.  W przypadku kontroli Ośrodek Innowacji ma wykazać uzasadnienie przyjętych oszacowań.]  Szczegółowe RIS, dostępne w Strategii https://lubuskie.pl | * Zielona gospodarka * Zdrowie i jakość życia * Innowacyjny przemysł |
| **16.** | **Jakość świadczonych usług przez Ośrodek Innowacji na rzecz MSP**  [należy potwierdzić jakość świadczonych usług poprzez wskazanie certyfikatu, zaświadczenia, spełnionej regulacji wraz z wskazaniem organu wydającego, obszaru, który dokument certyfikuje oraz okres obowiązywania. Certyfikat, zaświadczenie może dotyczyć wybranego obszaru, laboratorium, usług.  Potwierdzeniem jakości usług może być wewnętrzna regulacja oparta na ogólnie obowiązujących regulacjach prawnych dla tego rodzaju usług.  Ośrodek Innowacji załącza do Wniosku o akredytację kopię certyfikatu/zaświadczenia lub skan wewnętrznej regulacji | * certyfikat/zaświadczenie/regulacja wewnętrzna   nazwa ………………………………………………………..  organ wydający ………………………………………………………..  obszar  ………………………………………………………  daty obowiązywania  ………………………………………………………  /w razie większej liczby certyfikatów/zaświadczeń powielić pola/ |
| **17.** | **Ośrodek Innowacji dysponuje własnym zapleczem B+R do świadczenia proinnowacyjnych usług rozwojowych**  [należy potwierdzić posiadanie infrastruktury B+R, która jest własnością Ośrodka Innowacji, opis powinien zawierać lokalizację, metraż, prawo do dysponowania.] | Ośrodek Innowacji dysponuje własną infrastrukturą B+R zlokalizowaną pod adresem:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  opisaną szerzej w punkcie II.5 |
| 1. **Ocena potencjału Ośrodka Innowacji**   Zgodnie z Kryteriami oceny, ocena potencjału zawiera elementy obligatoryjne i  fakultatywne. | | |
| 1. **Doświadczenie w realizacji proinnowacyjnych usług rozwojowych na rzecz MSP**   [należy wykazać doświadczenie w realizacji proinnowacyjnych usług rozwojowych na rzecz MSP (zgodne z definicją zawartą w Regulaminie), zrealizowanych w przeciągu **ostatnich 5 la**t od daty złożenia Wniosku o akredytację, proporcjonalnie do czasu działania Ośrodka:   * minimum 3 usługi dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących nie dłużej niż 2 lata, * minimum 6 usług dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących nie dłużej niż 2 - 3 lata * minimum 15 uslug dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących 3 lata i więcej .   W zestawieniu można uwzględniać udokumentowane usługi odpłatne, bezpłatne, jak i  dofinansowane ze środków budżetowych. Dokumentacja usługi tj. faktura, zaświadczenie, protokół, lista z podpisem przedsiębiorcy powinny być przechowywane w Ośrodku Innowacji na wypadek kontroli.]  Wyjaśnienie:  Usługobiorca - nazwa firmy z sektora MSP, odbiorca usługi  Data sprzedaży - data protokołu odbioru, realizacji  Opis usługi - cel proinnowacyjnej usługi rozwojowej  Wartość - netto PLN, w przypadku usług bezpłatnych oszacowana  Forma rozliczenia - faktura, pomoc de minimis, usługa bezpłatna udokumentowana | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Usługobiorca** | **Data sprzedaży** | **Opis usługi** | **Wartość** | **Forma rozliczenia** | | **1.** |  |  |  |  |  | | **2.** |  |  |  |  |  | | **3.** |  |  |  |  |  | | **4.** |  |  |  |  |  | | **5.** |  |  |  |  |  | | **6.** |  |  |  |  |  | | **7.** |  |  |  |  |  | | **8.** |  |  |  |  |  | | **9.** |  |  |  |  |  | | **10.** |  |  |  |  |  | | **11.** |  |  |  |  |  | | **12.** |  |  |  |  |  | | **13.** |  |  |  |  |  | | **14.** |  |  |  |  |  | | **15.** |  |  |  |  |  | | **16.** |  |  |  |  |  | | **17.** |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Doświadczenie w projektach współfinansowanych ze środków zewnętrznych**   [należy opisać doświadczenie w realizacji **projektów**, w których Ośrodek Innowacji występował/występuje w roli lidera lub partnera lub podwykonawcy współfinansowane ze środków międzynarodowych/krajowych/regionalnych. W wykazie mogą być umieszczone projekty **z ostatnich 5 lat** przed złożeniem wniosku, które w tym okresie zostały zrealizowane (rozpoczęły i zakończyły się) lub rozpoczęte i są w trakcie realizacji, a jeśli działalność trwa krócej, proporcjonalnie:   * 1 projekt dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących nie dłużej niż 2 lata, * 2 projekty dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących pomiędzy 2 - 3 lata, * 3 projekty dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących 3 lata i dłużej.   Dokumentacja projektów tj. umowa, zlecenie, listy intencyjne, partnerstwa powinny być przechowywane w Ośrodku Innowacji na wypadek kontroli.]  Wyjaśnienie:  Tytuł projektu - pełny tytuł projektu  Rola Ośrodka Innowacji - lider, partner, podwykonawca  Źródło finansowania - program, działanie, w ramach którego prowadzony jest/był projekt  Wartość projektu - wartość projektu przypisana do Ośrodka Innowacji  Termin realizacji - daty graniczne realizacji projektu od - do, w przypadku trwających data rozpoczęcia z adnotacją “nadal” | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Tytuł projektu** | **Rola Ośrodka Innowacji** | **Źródło finansowania (Program/działanie)** | **Wartość projektu (część Ośrodka Innowacji)** | **Termin realizacji**  **od dd/mm/rr -**  **do dd/mm/rr** | | **1.** |  |  |  |  |  | | **2.** |  |  |  |  |  | | **3.** |  |  |  |  |  | | **4.** |  |  |  |  |  | | **5.** |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Doświadczenie Ośrodka Innowacji w komercjalizacji**   [należy wskazać doświadczenie we wsparciu w komercjalizacji projektów (nauka&biznes, biznes&biznes), powołując się na udzielone licencje/złożone wnioski patentowe, umowy sprzedaży w okresie **ostatnich 5 lat** wstecz liczonych od dnia złożenia Wniosku o akredytację (a jeśli działalność trwa krócej, w tym czasie).  Dokumentacja projektów tj. umowa, zlecenie, powinny być przechowywane w Ośrodku Innowacji na wypadek kontroli.]  Wyjaśnienie:  Usługobiorca - nazwa odbiorcy (firmy, uczelni, organizacji) na rzecz której świadczone było wsparcie  Data sprzedaży - data protokołu odbioru, realizacji  Rodzaj usługi - cel usługi komercjalizacji  Forma komercjalizacji - patent, umowa sprzedaży, licencja  Wartość - netto PLN.] | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Usługobiorca** | **Data sprzedaży** | **Rodzaj usługi** | **Forma komercjalizacji** | **Wartość usługi** | | **1.** |  |  |  |  |  | | **2.** |  |  |  |  |  | | **3.** |  |  |  |  |  | | **4.** |  |  |  |  |  | | **5.** |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Potencjał ludzki - zasoby własne Ośrodka Innowacji**   [opis powinien zawierać dane osobowe **osób**, które Ośrodek Innowacji zatrudnia na umowę o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, posiadających minimum **5 letnie doświadczenie** zawodowe oraz doświadczenie w realizacji proinnowacyjnych usług rozwojowych na rzecz MSP. W stosunku do każdej wskazanej osoby należy wykazać **minimum 5 usług** proinnowacyjnych zrealizowanych **w przeciągu 5 la**t od daty złożenia Wniosku o akredytację, a jeśli działalność jest krótsza, proporcjonalnie:   * 1 osobę dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących nie dłużej niż 2 lata, * 1 osobę dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących pomiędzy 2 - 3 lata, * 2 osoby dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących 3 lata i dłużej.   Usługi mogą mieć charakter komercyjny, bezpłatny, oparty o pomoc de minimis.  Ośrodek Innowacji załącza CV z w/w danymi dotyczącymi wskazanych osób oraz wykaz usług. | | |
| **opis max. 2000 znaków** | | |
| 1. **Potencjał ludzki - zasoby zewnętrzne Ośrodka Innowacji**   [opis powinien zawierać dane osobowe minimum **minimum 2 ekspertów zewnętrznych**, z którymi Ośrodek Innowacji współpracuje i którzy posiadają minimum **5 letnie doświadczenie** zawodowe oraz doświadczenie w realizacji proinnowacyjnych usług rozwojowych na rzecz MSP. W stosunku do każdej wskazanej osoby wskazanych powinno być **20 usług** doradczych w zakresie innowacji zrealizowanych w **przeciągu 5 lat** od daty złożenia Wniosku o akredytację, a jeśli działalność jest krótsza, proporcjonalnie:   * 2 osoby dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących nie dłużej niż 2 lata, * 3 osoby dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących pomiędzy 2 - 3 lata, * 4 osoby dla Ośrodków Innowacji funkcjonujących 3 lata i dłużej.   Usługi mogą mieć charakter komercyjny, bezpłatny, oparty o pomoc de minimis, mogą być realizowane dla innych podmiotów nie Ośrodka Innowacji.  Opis zawiera formę współpracy (umowa ramowa, umowa o współpracy, umowa zlecenie/dzieło itp).]  Ośrodek Innowacji załącza CV z w/w danymi dotyczącymi wskazanych osób oraz wykaz usług. | | |
| **opis max. 2000 znaków** | | |
| 1. **Potencjał infrastrukturalny do świadczenia usług w zakresie działalności badawczo-wdrożeniowej wspierającej rozwój produktów i usług**   [należy opisać posiadany potencjał infrastrukturalny, posiadany potencjał infrastrukturalny, do świadczenia proinnowacyjnych usług rozwojowych wspierających rozwój przedsiębiorstwa w oparciu o badania i rozwój. Opis powinien zawierać nazwę laboratoriów, metraż, wykaz sprzętu/infrastruktury badawczo-wdrożeniowej (nazwa, podstawowe wyposażenie). Wymagane minimum jedno stanowisko/laboratorium/zakład/warsztat itp]. | | |
| **opis max. 3000 znaków** | | |
| 1. **Zaangażowanie w inicjatywy współpracy ukierunkowane na badania, innowacje, rozwój.**   [należy opisać zaangażowanie w inicjatywy środowiskowe, udokumentowane porozumieniem/wspólnym projektem/ wspólnym przedsięwzięciem zrealizowane w  przeciągu ostatnich trzech lat, a jeśli działalność Ośrodka jest krótsza w tym czasie]. | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Nazwa inicjatywy** | **Cel inicjatywy** | **Udział Ośrodka Innowacji (partner, lider, inne)** | **Daty realizacji** | | **1.** |  |  |  |  | | **2.** |  |  |  |  | | **3.** |  |  |  |  | | | |

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem akredytacji i akceptuję jego zasady.
2. Oświadczam, że nie jestem podmiotem wykluczonym z możliwości otrzymania dofinansowania (art. 37 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.):

* na podstawie art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.);
* na podstawie art. 211 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych   
  (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.);
* wobec którego orzeczono zakaz, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 769) lub zakaz, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o  odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2015 r., poz. 1212, z późn. zm.);
* na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz rynkiem wewnętrznym.

1. Oświadczam, że nie zalegam z uiszczaniem podatków oraz opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności publicznoprawnych wymaganych odrębnymi ustawami.
2. 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.
3. Potwierdzam, że dane zawarte w przedłożonych skanach dokumentów rejestracyjnych są aktualne na dzień składania wniosku o akredytację (jeśli dotyczy).
4. Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym Wniosku o akredytację są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
5. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli przez jednostkę akredytującą lub inny upoważniony przezeń podmiot w zakresie akredytacji Ośrodka Innowacji.
6. Dane zawarte we wniosku o akredytację będą przetwarzane przez jednostkę akredytującą z siedzibą w Zielonej Górze, w celu przeprowadzenia oceny Wniosku o akredytację oraz oceny realizacji akredytacji w tym w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie w wymaganym zakresie uniemożliwi dokonanie oceny wniosku o akredytację, lub przeprowadzenia oceny realizacji akredytacji.
7. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych

W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych, mogą się

Państwo skontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres administratora: ul. Podgórna 7, 65-057 Zielona Góra

- e-mail: iodo@lubuskie.pl

**Załączniki**

1. Wyciąg z KRS.
2. Kopie poświadczone za zgodność z oryginałem dokumentów założycielskich: statut/akt notarialny/uchwała/regulamin/pierwszy akt notarialny w przypadku spółek kapitałowych.
3. Dokument potwierdzający funkcjonowanie filii/oddziału na terenie województwa lubuskiego.
4. Pełnomocnictwo wyłącznie w przypadku, gdy wniosek jest podpisywany przez osoby inne niż wskazane do reprezentacji w KRS bądź innym wskazanym przez Ośrodek Innowacji dokumencie.
5. Oświadczenie osób uprawnionych o niedziałaniu dla zysku lub przeznaczaniu zysku na cele statutowe.
6. Dokument poświadczający zapisy o niedziałaniu dla zysku lub przeznaczaniu zysku na cele statutowe do którego odwołuje się Oświadczenie.
7. Kopia poświadczona za zgodność z oryginałem aktualnych dokumentów potwierdzających certyfikaty dla posiadanych systemu jakości usług na rzecz MSP.
8. CV zasobów własnych zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę i wykaz usług przez nich wyświadczonych
9. CV ekspertów zewnętrznych i wykaz usług przez nich wyświadczonych
10. Inne …………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………….…

Data, miejscowość

…………………………………………….…………………………………….…

Pieczęć, podpis/y osób uprawnionych do reprezentacji Ośrodka Innowacji