**Μηχανισμός Στήριξης της Επιχειρηματικότητας Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας**

****

**Αιτηση Ληψησ Στηριξησ**

**ΕΝΩΣΗ**

**ICAP ADVISORY ΑΕ –** **HEADWAY Ε.Π.Ε. – Ε.Λ.Κ.Ε. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**



Εικόνα που περιέχει κείμενο, clipart, υπογραφή

Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματαΕικόνα που περιέχει κείμενο

Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματα

# ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Επωνυμία επιχείρησης: |  |
| Διακριτικός τίτλος επιχείρησης: |  |
| Νομική μορφή: |  |
| Είδος τηρούμενων λογιστικών βιβλίων: |  |
| Αντικείμενο κύριας δραστηριότητας/κλάδος (ΚΑΔ): |  |
| Δευτερεύουσα/ες δραστηριότητα/ες |  |
| Μέγεθος επιχείρησης: |  |
| Έτος ίδρυσης: |  |
| ΑΦΜ: |  |
| Διευθυνση Έδρας: |  |
| Τηλεφωνο Επικοινωνιας: |  |
| E-mail: |  |
| website: |  |
| Εκπρόσωπος επιχείρησης : |  |
| Θέση στην επιχείρηση: |  |

# ΒΑΣΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2018** | **2019** | **2020** |
| Αριθμός απασχολουμένων (σε ετήσιες μονάδες εργασίας) |  |  |  |
| Κύκλος εργασιών |  |  |  |
| Κέρδη προ φόρων |  |  |  |

# ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΕΙΣ (ΚΑΘΕΣΤΩΣ DE MINIMIS)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ύψος (σε €)** |
| Ενισχύσεις ήσσονος σημασίας που έχουν ληφθεί το τρέχον οικονομικό έτος και τα δύο προηγούμενα έτη |  |

Συμπληρώνεται από ΜΣΕ με βάση ΥΔ de minimis που υποβάλλεται από τη επιχείρηση

# ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Κατηγορία Υπηρεσιών (σημειώστε με Χ)** | | |
| 1. | Διαγνωστική Αναγκών \* |  |
| 2. | Υπηρεσίες ανάπτυξης στρατηγικού - επιχειρηματικού σχεδίου |  |
| 3. | Υπηρεσίες αξιολόγησης επιχειρηματικών σχεδίων και υποστήριξη στη βελτίωσή τους |  |
| 4. | Υπηρεσίες εκπόνησης μελέτης αγοράς |  |
| 5. | Υπηρεσίες ανάπτυξης marketing plan |  |
| 6. | Συμβουλευτικές Υπηρεσίες σε θέματα αναδιοργάνωσης και βελτίωσης λειτουργίας της επιχείρησης |  |
| 7. | Συμβουλευτικές υπηρεσίες κοστολόγησης υπηρεσιών και προϊόντων |  |
| 8. | Υποστήριξη επιχειρήσεων στην αναζήτηση χρηματοδότησης μέσω : |  |
| 8α. | *Κρατικών ενισχύσεων* |  |
| 8β. | *Τραπεζικού Δανεισμού* |  |
| 8γ. | Εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης |  |
| 9. | Υποστήριξη επιχειρήσεων στην δικτύωση και την ανάπτυξη συνεργασιών |  |

*H Διαγνωστική αναγκών είναι υποχρεωτική για όλες τις υφιστάμενες επιχειρήσεις που θα υποστηριχθούν στα πλαίσια της Δράσης.*

Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που θα λάβει η επιχείρηση **θα οριστικοποιηθούν** μετά την επιλογή τους και τη διενέργεια Διαγνωστικής Αναγκών.

# ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ – ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

|  |  |
| --- | --- |
| **Στόχοι** |  |
| Τόνωση ανταγωνιστικότητας της επιχείρησης |  |
| Αύξηση κύκλου εργασιών / μεριδίου αγοράς |  |
| Αύξηση εξαγωγών |  |
| Μείωση λειτουργικών δαπανών / εξοικονόμηση πόρων |  |
| Χρηματοοικονομική αναδιάρθρωση |  |
| Ενίσχυση εξωστρέφειας |  |
| Είσοδος σε νέες αγορές |  |
| Βελτίωση εργασιακού περιβάλλοντος |  |
| Άλλα (παρακαλούμε όπως προσδιορίσετε) |  |

Παρακαλώ αιτιολογήστε πως πιστεύετε ότι θα σας βοηθήσουν οι υπηρεσίες στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης σας

# ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

*\* Na επισυναπτεί η* **Υπεύθυνη δήλωση** *(στην οποία θα δηλώνετε* *το ύψος των ενισχύσεων που έχει λάβει στο πλαίσιο του ανωτέρω κανονισμού (de minimis) κατά την τελευταία τριετία.*

*\* Na επισυναπτεί η* **Υπεύθυνη δήλωση** *περί ιδιότητας ΜΜΕ*

*Δηλώνω Υπεύθυνα, αναγνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου, ότι τα* *στοιχεία που δηλώνονται με την παρούσα για την επιχείρηση είναι ακριβή και αληθή.*

*Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τις προϋποθέσεις της* ***πρόσκλησης*** *.*

*Δέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις και υλικό στο e-mail που δηλώνω στον Πίνακα 1 της παρούσας*

*Aποδέχομαι* *τους όρους και τις προϋποθέσεις επεξεργασίας* ***προσωπικών δεδομένων.***

*Συμφωνώ με τη δημοσίευση της επωνυμίας της επιχείρησης στον κατάλογο των ωφελουμένων της Δράσης που δημοσιεύεται ηλεκτρονικά ή με άλλο τρόπο, σύμφωνα με το άρθρο 7 παράγραφος 2 στοιχείο δ του Κανονισμού (ΕΚ) αριθμ. 1828/2006.*

Δηλώνω Υπεύθυνα ότι με την υποβολή της παρούσας αίτησης η επιχείρηση έχει λάβει γνώση και αποδέχεται τη συμμετοχή της στη δράση σε όλες τις φάσεις υποστήριξης (διαγνωστική, συναντήσεις, αξιολόγηση κλπ).

*ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ*

*(υπογραφή)*