\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv poslovnog subjekta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(OIB)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(telefon)

Lipovljani,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OPĆINA Lipovljani

Trg hrvatskih branitelja 3

44322 Lipovljani

**PREDMET: Zahtjev za dodjelu bespovratne potpore iz** **Programa potpore poduzetnicima Općine Lipovljani zbog pandemije COVID - 19**

1. **Opći podaci o podnositelju Zahtjeva**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Naziv (sjedište, ulica i br.) |  |
|  | Adresa poslovnog subjekta (ukoliko se razlikuje od sjedišta) |  |
|  | Oblik registracije |  |
|  | OIB / MB poslovnog subjekta |  |
|  | Djelatnost (upisati šifru NKD djelatnosti) |  |
|  | Telefon |  |
|  | E-mail |  |
|  | Osoba ovlaštena za zastupanje |  |
|  | Broj žiro računa |  |

**II. Razlog podnošenja zahtjeva**

Sukladno Odluci Stožera civilne zaštite Republike Hrvatske od 19. ožujka 2020. godine obustavljen je rad poslovne djelatnosti koju obavlja poslovni subjekt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(puni naziv i adresa poslovnog subjekta)*

te podnosimo zahtjev za dodjelu bespovratne potpore u iznosu od 5.000,00 kuna.

*Podatke o sebi i poslovnom subjektu dajem u svrhu provedbe postupka prema Programu potpore poduzetnicima Općine Lipovljani zbog pandemije COVID - 19 i upoznat sam s odredbama Opće uredbe o zaštiti podataka, te dajem privolu Općini Lipovljani za prikupljanje, obradu i objavu danih podataka. Osim za svrhe za koje je privola dana, prikupljeni podaci neće se koristiti u druge svrhe.*

PRILOZI:

1. Izvadak iz sustava e-porezna: Fiskalizacija - pregled detaljnih podataka poslovnog prostora kao dokaz da je obustava rada djelatnosti učinjena sukladno Odluci Stožera civilne zaštite Republike Hrvatske od 19. ožujka 2020.g.
2. Izvadak Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje kao dokaz o zaposlenima

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_