1. **Weryfikacja dokonana przez Operatora**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy** |  |
| **NIP** |  |
| **DANE DOTYCZĄCE OPERATORA FINANSOWEGO** *(PIECZĘĆ)* |  |
| **WERYFIKACJA** | **KRYTERIA FORMALNE (TAK/NIE)** |
| Czy wniosek jest zgodny z wymaganiami dotyczącymi pomocy publicznej/pomocy de minimis? | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| Czy przedsiębiorstwo spełnia warunki kwalifikujące je jako MSP? | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| Czy przedsiębiorstwo jest zarejestrowane i prowadzi działalność na terenie województwa opolskiego? | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| Czy przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą w branży zidentyfikowanej jako specjalizacja regionalna? | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| Czy przedsiębiorca złożył wszystkie wymagane załączniki? | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| **Czy przedsiębiorca spełnił wszystkie obowiązkowe warunki kwalifikujące do otrzymania dofinansowania usługi rozwojowej?** | TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |
| **PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA** | **TAK** | **NIE** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |  |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSÓB WERYFIKUJĄCYCH** |  |  |
| **DATA WERYFIKACJI** |  |  |
| **PODPIS** |  |  |