



.....
pieczęć firmowa Podmiotu

.....
miejscowość i data

**Starosta Grodziski
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Grodzisku Mazowieckim
ul. Daleka 11A
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

**WNIOSEK PODMIOTU O REFUNDACJĘ
KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

„Aktywizacja osób w wieku 30 lat i więcej pozostających bez pracy w powiecie grodziskim (IV)”
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020

Podstawa prawna:

- 1) ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409 z późn. zm.);
- 2) rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz.1380 z późn. zm.);
- 3) rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1);
- 4) ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 poz. 708 z późn. zm.);
- 5) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.).

- Do zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy kierowane będą wyłącznie osoby bezrobotne w wieku 30 lat i więcej zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Grodzisku Mazowieckim, należące co najmniej do jednej z poniższych grup:
 - kobiet;
 - osób w wieku 50 lat i więcej;
 - osób z niepełnosprawnościami;
 - osób długotrwale bezrobotnych; (tj. zarejestrowanych nieprzerwalnie powyżej 12 miesięcy);
 - osób o niskich kwalifikacjach zawodowych.

UWAGA:

W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia i podjęcia przez PUP właściwej decyzji. Prosimy o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na wszystkie pytania. Tylko wtedy będzie możliwa prawidłowa ocena planowanego przez Państwa przedsięwzięcia i pomoc w jego realizacji.

Wnioskowana kwota musi wynikać z tabeli kalkulacji wydatków.

Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.

Prosimy o nie modyfikowanie i nie usuwanie elementów wniosku.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej.....

.....

Adres siedziby firmy albo adres miejsce zamieszkania

.....

telefon:

fax:

e – mail:

2. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentacji i do zawarcia umowy (zgodnie z dokumentami rejestrowymi)

.....

3. Numer NIP

4. Numer REGON

5. Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej.....

6. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

.....

7. Forma prawna działalności Podmiotu.....

.....

8. Rodzaj działalności (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD wraz z opisem, w ramach którego podmiot planuje utworzenie stanowiska pracy)

9. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej
10. Liczba osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie na dzień złożenia wniosku

11. Liczba osób zwolniona w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku wraz z podaniem przyczyn zwolnienia oraz podaniem artykułu Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy:

liczba zwolnionych osób	Przyczyna zwolnienia - artykuł Kodeksu Pracy

UWAGA!

Działalność musi być prowadzona przez podmiot przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.

W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, nie mogło nastąpić zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika i rozwiązanie stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika.

II. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA NA PLANOWANYM STANOWISKU

1. Nazwa stanowiska pracy :

2. Rodzaj i zakres pracy, jaka będzie wykonywana na wskazanym stanowisku pracy:

3. Wymagane wobec kandydatów kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do pracy:

.....
.....
.....

4. Inwestycje w rozwój zawodowy kandydatów do pracy (kursy, szkolenia):

.....
.....

5. Miejsce wykonywania pracy (adres miejsca świadczenia pracy):

.....
.....

6. Informacja o systemie pracy (jedna zmiana, dwie zmiany, inne):

.....

7. Informacje o wymiarze czasu pracy przez opiekuna *(1/2 etatu, pełen etat)

.....

8. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby prowadzącej sprawy kadrowe, uprawnionej do kontaktu z PUP w Grodzisku Mazowieckim oraz nr telefonu kontaktowego:

.....

* wypełnia podmiot ubiegający się o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla opiekuna.

III. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

1. Krótki opis przedsięwzięcia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Początek realizacji przedsięwzięcia:

3. Aktualne zaawansowanie (działania już podjęte przez Podmiot w celu realizacji przedsięwzięcia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Przewidywany termin zakończenia przedsięwzięcia:

5. Przewidywany efekt ekonomiczny związany z utworzeniem dodatkowych miejsc pracy:

.....

.....

IV. KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

Nazwa stanowiska:

L.p.	Rodzaj kosztu lub inwestycji	Finansowanie		Wartość ogółem brutto PLN
		Środki własne* brutto	Refundacja* * brutto	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
OGÓŁEM:				

****środki własne to:** środki zgromadzone na rachunkach bankowych, zaciągnięte kredyty, darowizny, itp. oraz wydatki poniesione na utworzenie danego stanowiska pracy poniesione w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku*

*** **refundacji** mogą podlegać koszty poniesione przez Podmiot na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP i wymaganiami ergonomii, które zostaną poniesione w terminie wskazanym w umowie.*

UWAGA!

Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez Podmiot przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

**V.SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH
WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY
(dotyczy wyłącznie wydatków do refundacji)**

Nazwa stanowiska:

L.p.	Nazwa wydatku(dot. stanowiska pracy tj. maszyny, urządzenia i rzeczy niezbędne do wykonywania pracy przez skierowanego kandydata)	Przewidywany termin realizacji	Kwota (w zł) brutto
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
OGÓŁEM:			

Wnioskowana kwota refundacji:
(do 6-krotnej wysokości przeciętnego wynagrodzenia)

Słownie:
.....

Kwota refundacji obejmuje koszty poniesione od dnia zawarcia umowy do dnia wskazanego w umowie.

Rozliczenie poniesionych i udokumentowanych przez podmiot kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest dokonywane w kwocie brutto (za poniesienie wydatków uznaje się moment dokonania zapłaty tj. przelew, zapłata gotówką lub karta płatniczą).

VI. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI :

- a. weksel z poręczeniem wekslowym (aval)
- b. poręczenie
- c. zastaw na prawach lub rzeczach
- d. gwarancja bankowa
- e. blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym
- f. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku – poręczający przedkłada oświadczenie o uzyskiwanych dochodach ze wskazaniem źródła i kwoty dochodu oraz o aktualnych zobowiązaniach finansowych z określeniem wysokości miesięcznej spłaty zadłużenia

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na podanie do wiadomości publicznej przez Urząd Pracy danych dotyczących reprezentowanego przeze mnie podmiotu, zawartych we wniosku, dla potrzeb niezbędnych do jego rozpatrzenia i realizacji wymogów art. 59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (D. U. z 2020 r. poz. 1409 z późn. zm.).

.....
data, podpis i pieczęć
Podmiotu lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Podmiotu

Do wniosku należy dołączyć:

1. Dokumentu potwierdzającego formę organizacyjną Podmiotu;
dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, dokument rejestrowy wydany przez Sąd nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku, inne dokumenty potwierdzające formę prawną np. umowy spółek cywilnych, jawnej itp.,
2. Uwierzytelnioną kserokopię NIP-u;
3. Załącznik Nr 1. Zobowiązanie Wnioskodawcy;
4. Załącznik Nr 2. Oświadczenia Wnioskodawcy;
5. Załącznik Nr 3. Oświadczenie Wnioskodawcy;
6. Załącznik Nr 4. Zgłoszenie oferty pracy,
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
8. Dokumenty potwierdzające formę użytkowania miejsca, w którym zostanie utworzone miejsce pracy, np. umowę najmu, dzierżawy, akt własności (w przypadku gdy nie wynika ono z dokumentacji rejestrowej – EDG, KRS).

Kserokopie winny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez podmiot lub osobę upoważnioną do reprezentowania podmiotu, radcę prawnego, notariusza.

Uwaga:

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku podmiot zobowiązany jest przed podpisaniem umowy złożyć zaświadczenia lub oświadczenie o niezaleganiu w opłatach podatków do Urzędu Skarbowego i opłat ZUS.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(pieczęć firmowa Podmiotu)

.....
(miejsowość i data)

ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU

W związku ze złożonym wnioskiem o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy zobowiązuje się, w razie pozytywnego rozpatrzenia wniosku i zawarcia stosownej umowy :

1. Do terminowego przedłożenia rozliczenia i udokumentowania poniesionych kosztów ujętych w szczegółowej specyfikacji, związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy, i wydatkowanych od dnia zawarcia umowy oraz do zatrudnienia na wskazanym stanowisku skierowanego kandydata.
2. Do zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego kandydata / w wymiarze ½ czasu pracy skierowanego opiekuna*, przez okres 24 miesięcy.
3. Utrzymania przez okres 24 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku z otrzymaną refundacją.

.....
data, podpis i pieczęć
Podmiotu lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Podmiotu

*niewłaściwe skreślić



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(pieczęć firmowa Podmiotu)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE PODMIOTU

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Jako wnioskodawca oświadczam co następuje:

1. **Prowadziłem/am i nadal** prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. 2021 r. poz. 162), przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
2. **Spełniam** warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz.1380 z późn. zm.);
3. **Nie zalegam/zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Funduszu Emerytur Pomostowych;
4. **Nie zalegam/zalegam*** z opłacaniem w terminie danin publicznych oraz nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. **Nie byłem karany/byłem karany*** w okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.), lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r. poz. 358 z późn. zm.);
6. W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **zostałem/nie zostałem*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy;
7. **Jestem/nie jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
8. **Jestem/nie jestem*** w stanie upadłości bądź likwidacji;
9. **Nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
10. **Nie obniżałem wymiaru czasu pracy** pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji albo
11. **Obniżałem / zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

(Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.2), zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19 *(w tym wypadku należy dołączyć oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19)*;

12. W przypadku, gdy od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy w sprawie refundacji zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku **zobowiązuję się** do niezwłocznego, nie później niż w terminie 5 dni od dnia zaistnienia zmiany powiadomienia o powyższym Powiatowy Urząd Pracy w Grodzisku Mazowieckim
13. **Przysługuje/nie przysługuje*** mi prawo do odliczenia lub zwrotu, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2020 r. poz. 106 z późn. zm.) równowartości podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji.
14. dane wskazane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
15. **Zapoznałem/am** się z Regulaminem w sprawie refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Grodzisku Mazowieckim i akceptuję warunki w nim określone.

.....
data, podpis i pieczęć
Podmiotu lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Podmiotu

*niewłaściwe skreślić



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE PODMIOTU

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,

Jako wnioskodawca oświadczam że:

w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat poprzedzających złożenie wniosku o refundację z funduszu pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

- - otrzymałem / nie otrzymałem* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis,
- - nie otrzymałem innej pomocy ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków UE, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą / otrzymałem inną pomoc, o której mowa wyżej.
- nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzje o obowiązku zwrotu.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

L.p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Łącznie					

.....
data, podpis i pieczęć
Podmiotu lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Podmiotu

*niewłaściwe skreślić



OŚWIADCZENIE

o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,

Jako wnioskodawca oświadczam: że w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji

1. Obniżałem wymiar czasu pracy pracownika/ów (ilość osób)na podstawie art.:

.....

2. Zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika/ów (ilość osób) na podstawie art.:

.....

.....

data, podpis i pieczęć
Podmiotu lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Podmiotu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY NR OfPr/.....

I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego (wypełnia pracodawca)			
1. Nazwa pracodawcy		3. Adres pracodawcy Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> Miejscowość	
2. Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktu: Imię i nazwisko		Ulica, nr	
Stanowisko		Telefon Fax	
Telefon		E-mail	
4. Numer REGON <input type="text"/>		7. Podst. rodzaj działalności - PKD 2007 <input type="text"/>	
5. Numer NIP <input type="text"/>		8. Preferowana forma kontaktów <input type="checkbox"/> osobisty	
6. Forma prawna prowadzonej działalności		<input type="checkbox"/> telefoniczny <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> inny	
.....		9. Liczba zatrudnionych pracowników	
10. Oświadczam, iż w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.			
11. Oświadczam, iż jestem / nie jestem agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej (Nr KRAZ).			
12. Oświadczam, iż niniejsza oferta pracy nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju. (podpis osoby przyjmującej ofertę) (podpis pracodawcy)			
II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca zatrudnienia, stażu (wypełnia pracodawca)			
13. Nazwa zawodu		14. Nazwa stanowiska	
15. Kod zawodu wg KZiS <input type="text"/>		17. Liczba wolnych miejsc: - zatrudnienia <input type="text"/>	
.....		- stażu <input type="text"/>	
16. Data rozpoczęcia pracy		- w tym dla osób niepełnosprawnych <input type="text"/>	
18. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (kwota brutto)		20. Wnioskowana liczba kandydatów <input type="text"/>	
19. Okres zatrudnienia (w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę albo okres wykonywania umowy w przypadku umowy cywilnoprawnej)		21. Rodzaj zatrudnienia <input type="checkbox"/> na okres próbny <input type="checkbox"/> na czas określony <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> inne	
22. System wynagradzania <input type="checkbox"/> miesięczny <input type="checkbox"/> godzinowy <input type="checkbox"/> prowizyjny <input type="checkbox"/> akordowy		23. Wymiar czasu pracy	
26. Miejsce wykonywania pracy		24. Oferta pracy tymczasowej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
.....		25. System i rozkład czasu pracy <input type="checkbox"/> jednozmianowa <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> inne	
.....		Dni pracy i godz.:	
27. Ogólny zakres obowiązków		28. Zasięg upowszechniania oferty <input type="checkbox"/> terytorium Polski <input type="checkbox"/> państwa EOG (załącznik) <input type="checkbox"/> przekazanie do wskazanego PUP jakiego	
.....		29. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy: a) poziom wykształcenia	
.....		b) doświadczenie zawodowe (w latach)	
.....		c) uprawnienia	
.....		d) umiejętności	
.....		e) znajomość języków obcych (poziom ich znajomości)	
.....		f) predyspozycje	
.....		30. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę <input type="checkbox"/> co 3 dni <input type="checkbox"/> co dni	
.....		31. Okres aktualności oferty	
.....		32. Możliwość upowszechniania informacji identyfikujących pracodawcę krajowego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
.....		33. Dodatkowe informacje: <input type="checkbox"/> szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG <input type="checkbox"/> prośba o wydanie informacji starosty wymaganej do zezwolenia na pracę dla cudzoziemca <input type="checkbox"/> zgoda pracodawcy na skierowanie kandydatów do pracy	
III. Adnotacje Urzędu Pracy			
34. Data przyjęcia zgłoszenia		35. Numer pracodawcy <input type="text"/>	
38. Data anulowania zgłoszenia		36. Numer pracownika Urzędu	
.....		37. Sposób przyjęcia oferty <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> faks <input type="checkbox"/> e-mail	
.....		40. Aktualizacje 1. 2. 3. 4. 5.	