

**INFORMACJE DODATKOWE WNIOSKODAWCY/KLIENTA\*  
O FIRME ISTOTNIE Z NIM POWIĄZANEJ****I. INFORMACJE PODSTAWOWE:**

1. FIRMA:	
Nazwa	
Siedziba / Adres	
Status prawny	
REGON	
NIP	
Adres strony internetowej (o ile dotyczy)	
Rodzaj prowadzonej działalności:	

**2. INFORMACJE DODATKOWE**

Miejsce prowadzenia działalności	
Sezonowość prowadzonej działalności (niepotrzebne skreślić)	Przychody Firmy charakteryzują się sezonowością. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Przychody Firmy charakteryzują się sezonowością, ale Firma posiada dodatkowe źródła przychodów pozwalające minimalizować skutki sezonowości. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Przychody Firmy charakteryzują się sezonowością, i Firma nie posiada dodatkowych źródeł przychodów pozwalających minimalizować skutki sezonowości <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zatrudnianie pracowników	Czy Firma zatrudnia pracowników? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Liczba zatrudnionych pracowników _____ na dzień składania wniosku Zmiana zatrudnienia w ciągu ostatniego roku (+/-) w procentach (wpisać procentowo liczbę zmiany zatrudnienia np. wzrost 10% lub spadek -10%) _____
Pozycja na rynku (wypełnić w przypadku Firmy prowadzącego pełną księgowość)	1) Zasięg działania: <input type="checkbox"/> ponadlokalny <input type="checkbox"/> lokalny
	2) Czy Firma posiada nagrody/certyfikaty jakości swoich produktów? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3) Czy Firma posiada dedykowany system obsługi zwrotów/reklamacji? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<b>Informacja o strategii firmy:</b>				
<b>Kwalifikacje kadry zarządzającej - każdego członka kadry zarządzającej</b> (wypełnić w przypadku Firmy prowadzącego pełną księgowość)	Imię i nazwisko	Znajomość branży w latach	Doświadczenie w zarządzaniu (w latach)	Okres pracy w firmie (w latach)

### 3. ZAANGAŻOWANIE FIRMY W INNYCH BANKACH/INSTYTUCJACH FINANSOWYCH

Bank/instytucja finansowa	Rodzaj finansowania	Data umowy	Termin spłaty	Kwota Limitu	Aktualne zaangażowanie	Przyjęte zabezpieczenia (rodzaj i kwota)

### 4. REGULOWANIE ZOBOWIĄZAŃ (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU FIRMY PROWADZĄCEGO PEŁNĄ KSIĘGOWOŚĆ)

Czy występują zaległości w spłacie zobowiązań wobec ZUS/KRUS/US?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy występują zaległości w spłacie zobowiązań alimentacyjnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy występują zaległości w spłacie zobowiązań płacowych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy występują zaległości w spłacie zobowiązań wobec innych banków lub instytucji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy wyżej wymienione zaległości występowały w kwocie powyżej 1 000 zł w ostatnich 12 miesiącach?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### 5. STOPIEŃ UZALEŻNIENIA OD KONTRAHENTÓW (wypełnić w przypadku Firmy prowadzącego pełną księgowość)

Czy występują stali dostawcy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ile wynosi poziom dostaw od największego z dostawców?	_____ %
Czy występują stali odbiorcy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ile wynosi poziom sprzedaży dla największego odbiorcy?	_____ %

## II. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Kodeksu karnego, że informacje podane w tym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (pieczęć firmowa oraz podpisy osób reprezentujących Wnioskodawcę/Klienta\*)

- III. Wnioskodawca zobowiązuje się do poinformowania podmiotu powiązanego o przysługujących mu prawach wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) [RODO].\*\*

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (pieczęć firmowa oraz podpisy osób reprezentujących Wnioskodawcę/Klienta\*)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy tylko podmiotów powiązanych będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami fizycznymi prowadzącymi działalność rolniczą, wykonującymi wolny zawód, wspólnikami s.c. jawnej, partnerskiej .