



جمعية أوال النسائية مشروع المايكروستارت

طلب الحصول على الدعم المادي

اسم مقدم الطلب: _____
علاقته بالمنشأة: _____
رقم البطاقة السكانية: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الميلاد: / /
عنوان المنزل: شقة: _____ طريق: _____ مجمع: _____ المدينة: _____ هاتف القريب: _____
هاتف المنزل: / / تاريخ الإصدار: _____ هاتف المنزل: _____

اسم المنشأة: _____ شكل المنشأة: فردية تضامنية
المدير المسؤول: _____ تاريخ التأسيس: _____ رأس مال المنشأة: _____
عنوان المنشأة: _____ محل / شقة: _____ مبنى: _____ طريق: _____ مجمع: _____ المدينة: _____
هاتف المنشأة: _____

سجل تجاري رقم: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] نوع النشاط: _____ كود النشاط: _____
عدد العمال: _____ دائمين ذكور إناث مؤقتين ذكور إناث

قيمة الدعم: [] [] [] [] دينار الغرض من الدعم: _____
فترة السداد بالشهر: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] الضمان المقدم: _____
بيان الآلات المستخدمة: _____ قيمته الحالية: _____

نوعية الخامات المستخدمة: _____
طريق الحصول على الخامات: نقداً بالأجل
قيمة المخزون: _____ / خامات _____ دينار تكفي لمدة _____ شهر منتجات تامة الصنع _____ دينار
الطاقة الإنتاجية: _____ دينار / شهرياً
قيمة المبيعات: _____ دينار / شهرياً
البيع يتم: نقداً / بالأجل للعميل مباشرة عن طريق تاجر _____
التعامل مع البنوك: جاري / توفير _____ اسم البنك والفرع: _____
هل سبق الحصول على دعم مادي نعم تاريخه: _____ لا
طريقة التعرف على المشروع عن طريق الأخصائي عن طريق عميل سابق طريق آخر (دد): _____

الأخصائي: _____ توقيع مقدم الطلب: _____
تحريراً: / /

رأي أخصائي التنمية

تاريخ زيارة المنشأة

وصف موجز للمنشأة ومساحتها:

نوعية الآلات المستخدمة:

حالتها وهي تعمل بشكل جيد:

عدد العمال أثناء الزيارة:

وصف موجز للنشاط أو المنتج:

مستوى المنتج:

هل الضمان المقدم يكفي لتغطية الدعم:

نتيج الاستعلام:

الرأي في التزامه بالسداد:

قيمة الدعم المقترح:

عامل

ممتاز جيد متوسط شعبي

12 10 8 6 4

مدته
التوقيع

دينار

تقرير مدير المشروع

تمت الزيارة بتاريخ / / ٢٠ قيمة الدعم المقترح دينار/ شهر

التوقيع

قرار اللجنة التنفيذية

عدم الموافقة بسبب

الموافقة على دعم قيمته

دينار/ شهر

توقيع أعضاء اللجنة

جلسة رقم:

تاريخ: / /