Kompensavimo turizmo paslaugų teikėjams už sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams suteiktas turizmo paslaugas tvarkos aprašo

3 priedas

**(Sutikimo dėl *de minimis* pagalbos teikimo** **forma)**

(sutikimą pasirašantis asmuo)

Viešajai įstaigai „Keliauk Lietuvoje“

**SUTIKIMAS DĖL *DE MINIMIS* PAGALBOS TEIKIMO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data)

[**Įmonės pavadinimas]**, kodas: [nurodyti], buveinės adresas: [nurodyti], atstovaujama

[pareigos, vardas ir pavardė], veikiančio (-ios) pagal [atstovavimo pagrindas] (toliau – Tiekėjas),

**sutinka**,kad viešoji įstaiga „Keliauk Lietuvoje“, įgyvendindama Kompensavimo turizmo paslaugų teikėjams už sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams suteiktas turizmo paslaugas tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministro 2020 m. liepos 8 d. įsakymu Nr. 4-539 „Dėl Kompensavimo turizmo paslaugų teikėjams už sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams suteiktas turizmo paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“, administravimą, apie suteiktą *de minimis* pagalbą teiktų duomenis Suteiktos valstybės pagalbos ir nereikšmingos (*de minimis*) pagalbos registrui, kurį administruoja Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba;

**pažymi:**

1. kad sąžiningai užpildė ir pateikė „Vienos įmonės“ deklaraciją pagal viešosios įstaigos „Keliauk Lietuvoje“ parengtą formą;

2. kad įmonės veikla nėra priskirtina 2013 m. gruodžio 8 d. Komisijos reglamento (ES) Nr. 1407/2013 dėl Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 ir 108 straipsnių taikymo *de minimis* pagalbai 1 straipsnio 1 dalyje įvardytoms sritims.

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

 (Pareigos) (Parašas) (Vardas ir pavardė)

Patvirtinu, kad *de minimis* pagalba buvo suteikta.

(VšĮ „Keliauk Lietuvoje“ darbuotojo pareigos, parašas, vardas, pavardė, data)