**الملحق 6: معلومات مقدم الطلب**

|  |
| --- |
| 1. الاسم القانوني الكامل للمنظمة:
 |
| 1. عنوان المنظمة:
 |
| 1. تاريخ ورقم تسجيل المنظمة:
 |
|  | 1. رقم التعريف الضريبي:
 |
| 7. البريد الالكتروني: | 6. الفاكس: | 1. رقم الهاتف:
 |
| 9. اسم العائلة: | 8. اسم الشخص المسؤول الأساسي: |
| 10. عنوان الشخص المسؤول الأساسي: |
| 12. البريد الالكتروني | 11. الهاتف |
| 13. نوع المنظمة (حدد المربع المناسب): للربح خاصة غير هادفة للربح عامة  |
| 14. هل المؤسسة مملوكة لشركة أم؟ (حدد المربع المناسب) نعم لا |
| 15. هل تمتلك المنشأة شركات تابعة أو تمتلك 5٪ أو أكثر من جهة أخرى؟(حدد المربع المناسب) نعم لا |
| 16. هل هناك مالكون (مساهمون) للمنظمة يمتلكون 5٪ أو أكثر؟(حدد المربع المناسب) نعم لاإذا كانت الإجابة بنعم، فحدد المالكين والنسبة المئوية التي يمتلكونها: |
| النسبة المئوية المحتفظ بها (٪) | هوية المالك (حدد المربع المناسب له) | اسم المالك / المساهم |
|  | ☐ شخص عادي ☐ مقاولة |  |
|  | ☐ شخص عادي ☐ مقاولة |  |
|  | ☐ شخص عادي ☐ مقاولة | ]أضف أي عدد ممكن من الأسطر حسب الضرورة[ |
| يرجى أيضا ذكر أي كيانات أخرى يسيطر عليها المالك / المساهم (يمتلك أكثر من 50٪ من الأسهم أو حقوق التصويت) ، وإذا كان المساهم فردا ، فقم بإدراج أي كيانات أخرى يكون فيها هذا المساهم مسؤولا أو مديرا: |
| الكيانات التي يملكها / يملكها مسؤول / مدير | الكيانات التي يسيطر عليها المالك/المساهمون | اسم المالك / المساهم |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 17. هل المنظمة تتوفر على نظام محاسبة معلوماتي؟ نعم لا |
| 18. من هو مدقق حسابات المنظمة؟ |
|  19. هل تعتبر المنظمة أو أحد فروعها زبون لدى مكتب مراجعة الحسابات Deloitte.؟ نعم لاإذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم اسم المنظمة (المنظمات) التي راجعتها Deloitte.: |
| 20. يرجى تقديم المعلومات المالية للمنظمة المطلوبة أدناه: |
| البيانات حسب [متضمنة للتاريخ] | الصنف |
|  | إجمالي الإيرادات / المبيعات السنوية (MAD): |
|  | إجمالي الأصول (درهم): |
|  | إجمالي حقوق المساهمين (MAD): |
|  | مساهمة من مانحين آخرين (MAD): |
| المجموع \_\_\_\_\_النساء \_\_\_\_\_ الرجال\_\_\_\_\_ | عدد الموظفين: |
|  | عدد النساء اللواتي يشغلن مناصب ادارية: |
| السنة المالية: من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 21. قدم المعلومات التالية حول كل شريك محتمل / حالي (المنظمات والشركات): |
| الاسم القانوني الكامل للمنظمة الشريكة: |
| عنوان المنظمة الشريكة: |
| هل المنظمة الشريكة زبون لمكتب مراجعة الحسابات؟  |
| صف تجربة الشريك السابقة مع نشاط المنحة المقترح: نعم لا |