Анкета-Соглашение (физическое лицо)

|  |  |
| --- | --- |
| Микрокредитная компания «Сахалинский Фонд развития предпринимательства» **ЦЕНТР ПОДДЕРЖКИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА** г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 6, тел.: 8 800 222 0123 (доб.2) | |
| **СОГЛАШЕНИЕ-АНКЕТА ПОТРЕБИТЕЛЯ –  ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА, заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности** *(допускается рукописное и машинописное заполнение сведений, кроме личных подписей)* | |
| После внесения Потребителем всех необходимых данных, настоящее соглашение-анкета является документом, подтверждающим запрос заявителя (Потребителя) на получение государственной поддержки, направленной на создание и развитие субъектов малого и среднего предпринимательства в Сахалинской области посредством Центра поддержки предпринимательства (далее – ЦПП), в том числе с привлечением Партнеров ЦПП. Перечень услуг, сроки предоставления и условия предоставления конкретной услуги определяются в соответствии с настоящим Соглашением-анкетой и Стандартами оказания услуг ЦПП, размещенными в соответствующем разделе ЦПП на сайте ЦПП <http://cpp65-sakhalin.ru>. | |
| В соответствии с требованиями Приказа Министерства экономического развития РФ от 14.03.2019 г. № 125:  - **подтверждаю запрос на получение услуг ЦПП** для физических лиц, заинтересованных в начале осуществления предпринимательской деятельности;  - **подтверждаю ознакомление со Стандартами оказания услуг ЦПП и свое согласие на получение услуг** на условиях, предусмотренных указанными Стандартами;  - **подтверждаю согласие на участие в опросах** ЦПП.  Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения государственной поддержки, подтверждаю свое согласие на обработку Микрокредитной компанией «Сахалинский Фонд содействия предпринимательства» персональных данных, в частности: фамилию, имя, отчество, ИНН, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации/проживания, контактный телефон, адрес электронной почты.  Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет.  Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Услуги ЦПП для физических лиц, заинтересованных в начале осуществления предпринимательской деятельности (в соответствии с Приказом Министерства экономического развития РФ от 14.03.2019 г. № 125)** – указать какая требуется Услуга ЦПП и кратко описать суть вопроса: | |
|  | |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ УСЛУГ ЦПП**  поля обязательны для заполнения | \*Фамилия |
| \*Имя |
| \*Отчество (при наличии) |
| \*Дата рождения |
| \*ИНН |
| **Документ, удостоверяющий личность**  Наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения |  |
| **Адрес регистрации и места проживания** (если не совпадают, указать оба адреса)  Регион, район, населенный пункт, улица, номер дома, номер квартиры |  |
| **Контактный телефон** |  |
| **E-mail** |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО сотрудника ЦПП),* настоящим подтверждаю, что подписи консультируемого лица в настоящем документе проставлены в моем присутствии собственноручно лицом, данные которого указаны в разделе «Потребитель услуг ЦПП». Документ, удостоверяющий личность подписанта, мною проверен.  Подпись сотрудника ЦПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |