Анкета-Соглашение (юридическое 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 – СУБЪЕКТА МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА Сахалинской области** (далее – СМСП)*(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>.  |
| **Все поля анкеты обязательны для заполнения! При отсутствии данных ставить прочерк** |
| Дата обращения:  |
| **1. Категория Потребителя** |
| □ индивидуальный предпринимательпол: М Ж | □ юридическое лицо | □ иное |
| **2. Информация о Потребителе** |
| Полное наименование с указанием организационно-правовой формы: |
| ИНН:  |
| Основной ОКВЭД (номер, расшифровка):  |
| Фактический вид деятельности:  |
| Система налогообложения: |
| Должность, Ф.И.О. руководителя СМСП (без сокращений, в соответствии с выпиской из госреестра): |
| Дата рождения:  |
| *Паспортные данные (наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)*  |
| *В случае если от лица СМСП за руководителя расписывается уполномоченное соответствующей доверенностью лицо* Ф.И.О. лица, действующего по доверенности (без сокращений): |
| Должность Ф.И.О. представителя СМСП (полностью), который будет непосредственно получать услугу ЦПП от лица СМСП:  |
| Дата рождения:  |
| *Паспортные данные (наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)* |
| Контактный телефон:  |
| Адрес электронной почты:  |
| Адрес сайта в сети Internet:  |
| Адрес регистрации (в соответствии с выпиской из госреестра): Субъект РФ: **Сахалинская область**  |
| Район:  |
| Населенный пункт, улица, дом, квартира (офис):  |
| Среднесписочная численность персонала на начало текущего года:  |
| **3. Общая информация** |
| **Услуги ЦПП для СМСП** (в соответствии с Приказом Министерства экономического развития РФ от 14.03.2019 г. № 125) – указать какая требуется Услуга ЦПП и кратко описать суть вопроса: |
|  |
| Откуда Вы узнали о деятельности ЦПП:  |
| На получение информационных сообщений об услугах ЦПП, в том числе оказываемых с привлечением Партнеров ЦПП | Информационные сообщения прошу присылать на (заполняется в случае согласия на информирование) |
| * согласен
 | * не согласен
 | * указанный email
 | * указанный телефон
 |
| **4. Цель получения услуги ЦПП, ожидаемый результат (отметить всё, что применимо)** |
|  □ повышение конкурентоспособности товаров (работ, услуг) | □ создание новых рабочих мест, не менее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать количество или поставить прочерк) |
| □ увеличение объема производства товаров (работ, услуг) | □ повышение грамотности по вопросам развития бизнеса |
| □ иное (указать): |
| В соответствии с требованиями Приказа Министерства экономического развития РФ от 14.03.2019 г. № 125 руководитель СМСП (уполномоченный представитель СМСП), указанный в разделе 2 настоящего Соглашения-анкеты, своей подписью в разделе 5 настоящего Соглашения-анкеты:- подтверждает запрос на получение услуг ЦПП для СМСП;- подтверждает ознакомление со Стандартами оказания услуг ЦПП и свое согласие на получение услуг на условиях, предусмотренных указанными Стандартами;- подтверждает согласие на участие в опросах ЦПП. |
| В соответствии с требованиями Приказа Министерства экономического развития РФ от 14.03.2019 г. № 125 руководитель СМСП (уполномоченный представитель СМСП), указанный в разделе 2 настоящего Соглашения-анкеты, своей подписью в разделе 5 настоящего Соглашения-анкеты подтверждает согласие СМСП на участие в опросах ЦПП, в том числе проводимых с привлечением Партнеров ЦПП, и предоставление информации о достижении целей получения услуг ЦПП в результате получения государственной поддержки. |
| В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения государственной поддержки, лица (руководитель и представитель СМСП), указанные в настоящем Соглашении-анкете, своей подписью в разделе 5 настоящего Соглашения-анкеты подтверждают свое согласие на обработку персональных данных, в частности: фамилию, имя, отчество, 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. |
| Руководитель СМСП (уполномоченный представитель СМСП), указанный в разделе 2 настоящего Соглашения-анкеты, своей подписью в разделе 5 настоящего Соглашения-анкеты подтверждает, что в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2007 г. № 209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации», обратившийся СМСП не признан допустившим нарушение порядка и условий оказания государственной поддержки, в том числе не обеспечившим целевого использования средств поддержки, в течение трех лет, предшествующих обращению. |
| Руководитель СМСП (уполномоченный представитель СМСП), указанный в разделе 2 настоящего Соглашения-анкеты, своей подписью в разделе 5 настоящего Соглашения-анкеты подтверждает соответствие обратившегося за получением консультационных услуг СМСП, требованиям Федерального закона от 24 июля 2007 г. № 209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации», о том, что обратившийся СМСП не является кредитной организацией, страховой организацией (за исключением потребительских кооперативов), инвестиционным фондом, негосударственным пенсионным фондом, профессиональным участником рынка ценных бумаг, ломбардом, участником соглашений о разделе продукции, не осуществляет предпринимательскую деятельность в сфере игорного бизнеса, не является нерезидентом Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле, за исключением случаев, предусмотренных международными договорами Российской Федерации. |
| **5. Подписи уполномоченных лиц Потребителя****Без подписи руководителя СМСП или лица, действующего по доверенности от лица СМСП, Соглашение-анкета не является документом, подтверждающим запрос заявителя! Услуга оказана быть не может!** |
| **Руководитель СМСП или лицо, действующее по доверенности от лица СМСП**(поле обязательно для заполнения)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование должности)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(личная подпись)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО)\*М.П. | **Представитель СМСП – получатель услуг ЦПП**(заполняется в случае, если услугу ЦПП от лица СМСП получает непосредственно его должностное лицо, не являющееся руководителем СМСП или лицом, действующим по доверенности от лица СМСП)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование должности)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(личная подпись)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО) М.П. |
| \*В случае если СМСП в своей деятельности использует печать, проставление оттиска печати обязательно. При отсутствии печати информация об этом указывается под расшифровкой подписи путем внесения записи: «без печати». |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО сотрудника ЦПП)*, настоящим подтверждаю, что подписи лиц, указанных в настоящем документе, проставлены в моем присутствии собственноручно. Документы, удостоверяющие личность подписантов, мною проверены. Подпись сотрудника ЦПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |