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 предприниматель пол: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |