|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Государственное автономное учреждение  Брянский областной «Центр оказания услуг  «Мой бизнес»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЦИСС\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ (ЗАПРОС) на предоставление услуг** | | | | | | |
| **Вид заявителя**  (выбранное поле отметить **Х** или **V**) |  | | | | Индивидуальный предприниматель | |
|  | | | | Юридическое лицо | |
|  |  | | | | Физическое лицо | |
| **Наименование заявителя**  **Юридическое лицо:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (организационно-правовая форма, полное и сокращенное наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Должность, ФИО руководителя юридического лица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Индивидуальный предприниматель /**  **Физическое лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (фамилия, имя, отчество) | | | | | | |
| **ИНН:** | |  | | | | |
| **ОГРН (ОГРНИП)** | |  | | | | |
| **Юридический адрес (место регистрации)** | | Индекс:  Субъект РФ:  Населенный пункт:  Улица:  Дом:  Корпус:  Офис/квартира: | | | | |
| **Основной вид деятельности** | | Код ОКВЭД (с расшифровкой): | | | | |
| **Тип предприятия**  (выбранное поле отметить **Х** или **V**) | | |  | | | микро |
|  | | | малое |
|  | | | среднее |
| **Контактная информация:** | | | | | | |
| **Почтовый адрес:** в случае несовпадения с юридическим адресом или местом регистрации | | | |  | | |
| **Телефон** | | | |  | | |
| **Электронная почта:** | | | |  | | |
| **Наименование необходимой услуги (цель обращения):**  ***Комплексная услуга:***  ***Проведение скоринга социального предприятия*** | | | | | | |
| **Заявитель настоящим декларирует свою принадлежность и соответствие требованиям, установленным действующим законодательством к: (\*отметить нужное - V)**   |  |  | | --- | --- | | \* | Социальным предприятиям | | \* | Субъектам малого и среднего предпринимательства Брянской области, осуществляющим деятельность в социальной сфере | | \* | Субъектам малого и среднего предпринимательства Брянской области | | \* | Физическим лицам, заинтересованным в начале осуществления предпринимательской деятельности в социальной сфере | | | | | | | |
| **Заявитель (представитель заявителя) своей подписью подтверждает достоверность указанных в настоящем запросе (заявке) на получение услуг данных и дает согласие на участие в опросах ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес», в том числе, проводимых с привлечением Исполнителей (Партнеров), предоставление информации о достижении целей получения услуг, в том числе, в рамках оказанной информационно-консультационной поддержки, а также предоставление информации, предусмотренной регламентом оказания конкретной услуги.** | | | | | | |
| **В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения государственной поддержки, Заявитель (представитель заявителя) своей подписью подтверждает согласие на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, контактный телефон, адрес электронной почты, адрес регистрации/проживания, ИНН, вид деятельности. 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.** | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  Подпись расшифровка подписи заявителя, представителя заявителя  М.П.(при наличии)  Доверенность №\_\_\_\_ дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (для представителей по доверенности)  Доверенность прилагается к запросу (заявке).  Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  , | | | | | | |
| **! Данный раздел заполняется сотрудником ЦИСС ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес»!**  Запрос (заявку) принял:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО и подпись сотрудника):  Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. | | | | | | |