ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Техническому заданию к договору № 101

от 30. 09. 2022 г.

**Ф О Р М А**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Государственное автономное учреждение  Брянский областной «Центр оказания услуг  «Мой бизнес»  \_\_\_\_\_\_Центр инноваций социальной сферы\_ | | | |
| **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:** (обязательно) |  | |
| **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:** Указывается в случае несовпадения  с юридическим адресом или местом регистрации |  | |
| **Телефон** |  | |
| **Электронная почта:** |  | |
| **Паспорт (серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)** |  | |
| **Наименование необходимой услуги (цель обращения):**  ***Комплексная услуга: Обеспечение участия во Всероссийском ежегодном конкурсе «Лучший социальный проект года»***  *Консультация по оформлению пакета документов*  *Экспертиза пакета документов*  *Помощь в регистрации на единой платформе Конкурса*  *Информирование о результатах участия*  *Публикация в Каталоге социальных проектов Брянской области*  *Участие в Церемонии награждения* | | | |
| **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 | | | | |
| **Заявитель (представитель заявителя) своей подписью подтверждает достоверность указанных в настоящем запросе (заявке) данных на получение услуг 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, не возражает против предоставления информации справочно-информационного характера об услугах ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес» с использованием телефонной, интернет связи и путем SMS-оповещения. В случае исключения информации о Заявителе из единого реестра субъектов малого и среднего предпринимательства (утраты статуса субъекта малого и среднего предпринимательства), последний обязуется незамедлительно проинформировать об этом ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес». Заявитель, обязуется возместить убытки, причиненные неисполнением данной обязанности, путем полного возмещения стоимости оказанных ему услуг.** | | | |
| **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. 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. | | | |