|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Государственное автономное учреждение  Брянский областной «Центр оказания услуг  «Мой бизнес»  Центр поддержки предпринимательства | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ (ЗАПРОС)  на предоставление услуг** | | | | | | |
| **Вид заявителя**  (выбранное поле отметить **Х** или **V**) |  | | | | Индивидуальный предприниматель | |
|  | | | | Юридическое лицо | |
|  | | | | Самозанятый | |
| **Наименование заявителя**  **Юридическое лицо:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (организационно-правовая форма, полное наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Должность, ФИО руководителя юридического лица:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Индивидуальный предприниматель /Самозанятый:**  (фамилия, имя, отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **ИНН:**  (обязателен как для СМСП, так и для физического лица) | |  | | | | |
| **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:** | | | |  | | |
| **Наименование необходимой услуги (цель обращения):** | | | | | | |
| **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 письменно проинформировать об этом ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес». Заявитель, обязуется возместить убытки, причиненные неисполнением данной обязанности, путем полного возмещения стоимости оказанных ему услуг.** | | | | | | |
| **Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается Ф.И.О., адрес, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе),**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.  Доверенность №\_\_\_\_ дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (для представителей по доверенности)  Доверенность прилагается к запросу (заявке).  Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  , | | | | | | |
| **! Данный раздел заполняется сотрудником ГАУ БО ЦОУ «Мой бизнес»!**  Запрос (заявку) принял:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (ФИО и подпись сотрудника):  Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. | | | | | | |