|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Центр инноваций социальной сферы**  **Фонд поддержки предпринимательства Пензенской области** | | | | |
| **г. Пенза, ул. Герцена, 14** | | | | |
| **АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ на предоставление информационно-консультационных услуг** | | | | |
| **Вид обратившегося лица** *(выбранное поле отметить* ***Х****или* ***V****)***:** | |  | индивидуальный предприниматель |  |
|  |  |  | юридическое лицо  физическое лицо |  |
|  |
| **Наименование СМСП (с указанием организационно-правовой формы):**  **ИНН: Среднесписочная численность (человек):**  **Количество вновь созданных рабочих мест в текущем году (единиц):**  **Количество планируемых к созданию рабочих мест в текущем году (единиц):** | | | | |
| **Ф.И.О. руководителя (для СМСП):** | | | | |
| **Ф.И.О. обратившегося лица (полностью), должность (заполняется для представителя СМСП)****или Ф.И.О. физического лица (полностью):** | | | | |
| **Дата рождения (для физических лиц):** | | | | |
| **Контактный телефон:** | | | | |
| **Адрес СМСП/регистрация физического лица** **(населенный пункт, улица, дом, квартира (офис):** | | | | |
| **Электронная почта/Сайт:** | | | | |
| **Наименование необходимой услуги/Вопрос и тематика обращения:**  **Обучающее мероприятие по повышению квалификации сотрудников субъектов малого и среднего предпринимательства, осуществляющих деятельность в сфере социального предпринимательства** | | | | |
| **Руководитель СМСП/физическое лицо (либо лицо, уполномоченное по доверенности, указанное в настоящей анкете) своей подписью подтверждает достоверность указанных в настоящей анкете-заявлении данных и дает согласие на участие в опросах центра инноваций социальной сферы, в том числе проводимых с привлечением Исполнителей (Партнеров), и предоставление информации о достижении целей получения услуг в рамках оказанной информационно-консультационной поддержки.** | | | | |
| **В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения государственной поддержки, лица (руководитель и представитель СМСП/физическое лицо), указанные в настоящей анкете, своей подписью подтверждают свое согласие на обработку персональных данных, в частности: 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.** | | | | |
| **Руководитель СМСП (либо лицо, уполномоченное по доверенности, указанное в настоящей анкете): подтверждают отсутствие видов деятельности, установленных пунктами 3 и 4 статьи 14 Федерального закона от 24 июля 2007г. №209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации» и выражают свое согласие на размещение сведений в реестре субъектов малого и среднего предпринимательства – получателей государственной поддержки.** | | | | |
| **Представитель СМСП Руководитель СМСП**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  (подпись, расшифровка) (подпись, расшифровка)  **М.П.**  **Физическое лицо**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  (подпись, расшифровка)  **Дата:** "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. | | | | |