**Заявка на оказание мер поддержки**

**(ЗАЯВКА - анкета на получение услуг)**

**Вид поддержки (наименование услуги):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Общие данные для физических лиц и самозанятых граждан**  **(в т.ч для ИП на НПД)** | | |
| **№** | **Требуемые сведения** | **Данные** |
|  | ФИО |  |
|  | ИНН физического лица |  |
|  | Статус самозанятого (да/нет) |  |
|  | Паспортные данные  (серия и номер) |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | Адрес регистрации |  |
|  | Сфера деятельности |  |
|  | Телефон |  |
|  | Электронная почта |  |

Предоставляя анкетные данные, согласен на предоставление услуг.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю достоверность указанных в настоящей заявке-анкете данных и выражаю некоммерческой организации «Фонд поддержки предпринимательства Пензенской области», зарегистрированной по адресу: г. Пенза, ул. Герцена, д. 14 согласие на обработку указанных в заявке-анкете персональных данных, ознакомлен(а), что:

1) 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 неограниченному кругу третьих лиц), обезличивание, блокирование и уничтожение. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет;

2) 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.

3) срок действия согласия: с даты, указанной в настоящей анкете, и по истечении 1 года с момента получения отзыва согласия на обработку персональных данных.

4) для отзыва согласия необходимо подать заявление в письменной форме по месту нахождения Фонда поддержки предпринимательства Пензенской области.

Настоящим подтверждаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица, ИП, физическое лицо, применяющее НПД, ФЛ)

относится к категории лиц, имеющих право на получение мер поддержки (услуг) в центре «Мой Бизнес» в соответствии с разделом IV Регламента оказания услуг (поддержки) Фондом поддержки предпринимательства Пензенской области.

Достоверность представленных сведений гарантирую.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем обращении данные (в том числе ИНН, номер телефона и электронный адрес) верные и я готов(а) нести все риски, связанные с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете.

Настоящим выражаю согласие на передачу конфиденциальной информации о деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица, ИП, физическое лицо, применяющее НПД, ФЛ)

третьим лицам при условии ее использования исключительно в связи с оказанием Фондом поддержки предпринимательства Пензенской области и другими организациями, образующими инфраструктуру поддержки, а также исполнительными органами власти Пензенской области, мер государственной поддержки.

Приложение *(при наличии):*

1. Копию доверенности на представителя заявителя
2. …

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата обращения