**Запрос коммерческих предложений**

**на оказание консультационных услуг по вопросам, лицензирования образовательной деятельности.**

**Организатор**: Центр инноваций социальной сферы Фонда поддержки предпринимательства Пензенской области.

 **Услуга: консультационные услуги по вопросам, лицензирования образовательной деятельности.**

**Количество получателей услуги** – не менее 10 субъектов МСП.

**Получатель услуги:** субъекты МСП, зарегистрированные на территории Пензенской области.

**Срок оказания услуг:** с даты заключения договора до момента исполнения сторонами своих обязательств, но не позднее 01 декабря 2024 года.

**При предоставлении коммерческого предложения необходимо указать следующее:**

- стоимость консультационных услуг (за одну консультацию);

- резюме эксперта

- контактные данные исполнителя.

**Срок сбора коммерческих предложений: до 15 июля 2024 года (до 17.00 ч.).**

На этапе заключения договора возможно внесение корректировок по согласованию сторон.

Коммерческие предложения направляются на электронный адрес ciss@mbpenza.ru. Дополнительные вопросы можно уточнить по телефону - 8(8412) 22-18-58.

**Техническое задание**

 **на оказание консультационных услуг по вопросам, лицензирования образовательной деятельности.**

**Цель оказания услуг**: формирование у субъектов малого и среднего предпринимательства, осуществляющих деятельность в сфере дополнительного образования, компетенций по вопросам лицензирования образовательной деятельности.

**Требования к качеству, техническим, функциональным характеристикам услуг, к их безопасности, к результатам оказания услуг и иные требования, связанные с определением соответствия оказываемой услуги**

1.1. Услуги оказываются субъектам МСП, зарегистрированным и осуществляющим деятельность на территории Пензенской области:

1.3. Общее количество оказанных консультаций не менее 10 единиц, в том числе количество получателей услуг не менее 10, причем 1 субъект МСП может получить не более 1 консультации.

1.4. В рамках оказания консультационных услуг Исполнитель должен обеспечить:

- проведение учета и содействие в выполнении технической работы по заполнению Анкеты-заявления, обратившихся за консультацией и являющихся получателями услуг в соответствии с требованиями и по форме указанными в Приложении №2 к настоящему Техническому заданию;

- информирование получателей услуг о способах и формах обращения, месте и времени, телефонах для связи, адресе электронной почты.

- ведение реестра учета оказанных консультаций по форме установленной Заказчиком (Приложение №3 к настоящему Техническому заданию) и доступ представителя Заказчика к системе учета, а также возможность наблюдения за ходом проведения консультаций:

- обеспечение получателей услуги при необходимости раздаточными материалами по тематике консультаций при обращении Клиента по месту нахождения Исполнителя.

1.6. В рамках проведения учета субъектов МСП, которым оказываются консультационные услуги, Исполнитель:

- ведет реестр получателей консультационной услуги, согласно Приложению №1 к Техническому заданию.

- отказывает в оказании услуг в случае, если Исполнитель и субъект МСП состоят в одной группе лиц, определенных в соответствии с Федеральным законом от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

1.7. По итогам оказания консультационных услуг Исполнитель предоставляет Заказчику следующие документы и информацию:

- аналитическую справку, включающую подробное описание оказанных за отчетный период консультаций, оформленную сопроводительным письмом и подписанную руководителем Исполнителя в печатном и электронном виде;

- счет на оплату и акт сдачи-приемки оказанных услуг в 2 (двух) экземплярах;

-реестр получателей консультационных услуг за отчетный период в печатном и электронном виде, согласно Приложению № 3 к настоящему Техническому заданию (электронный вид - формат Exсel);

-резюме эксперта. (согласно Приложение № 1 к Техническому заданию)

-Заявки-анкеты, обратившихся за консультацией и являющихся получателями услуг (Приложение № 2 к настоящему Техническому заданию);

Все отчетные документы должны быть подписаны уполномоченным должностным лицом Исполнителя и заверены печатью. Копии документов должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью Исполнителя.

**2. Условия и сроки оказания услуг.**

2.1. Работа Исполнителя должна осуществляться 5 дней в неделю, с понедельника по пятницу с 9 до 18 часов.

2.2. Форма оказания консультационных услуг – По согласованию с получателем услуг.

2.3. Срок оказания услуг – с даты заключения договора до момента исполнения сторонами своих обязательств, но не позднее 01 декабря 2024 года.

2.4. Все услуги должны быть оказаны с соблюдением требования законодательства Российской Федерации и Пензенской области, качественно, в полном объеме, в соответствии с настоящим Техническим заданием.

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК:****ФОНД ПОДДЕРЖКИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**Директор ФПП ПО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**М.П. | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**М.П.. |

 Приложение № 2

к договору № от 2024 г.

Стоимость консультационных услуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование консультационной услуги | Стоимость услуги для одного СМСП, руб. | Количество СМСП, единиц | Общая стоимость услуг, руб. |
| 1 | Консультационные услуги **по вопросам, лицензирования образовательной деятельности.** |  |  |  |
|  | ИТОГО: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК:****ФОНД ПОДДЕРЖКИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**Директор ФПП ПО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**М.П. | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**М.П.. |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_/**М.П. | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**М.П.. |

 |

Приложение № 1

к Техническому заданию

**РЕЗЮМЕ ЭКСПЕРТА**

Фамилия**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Образование** *(период обучения, вуз, специальность):*

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

**Опыт работы не менее двух лет (да/нет)** *(период, организация, должность):*

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

**Наличие профессионального достижения** *(повышение квалификации по профилю услуг, успешно реализованные проекты по профилю услуг, аттестация специалиста (аудитора, адвоката и пр.), ученая степень, ученое звание и пр. по профилю услуг, опыт работы по соответствующему профилю услуг):*

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

**Ключевые компетенции** *(специализация)***:**

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

**Дополнительная информация** *(наличие сертификата бизнес-тренера, благодарственных писем, авторских тренингов и др.)***:**

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

*Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем документе, подтверждаю*

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

 *(дата) (личная подпись эксперта)*

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.

м.п.

Приложение № 2

к Техническому заданию

**Заявка на оказание мер поддержки**

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

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

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

|  |
| --- |
| **Общие данные для субъектов МСП** |
| **№** | **Требуемые сведения** | **Данные** |
| 1 | ФИО руководителя |  |
| 2 | Наименование организации |  |
| 3 | ИНН организации |  |
| 4 | Юридический адрес организации |  |
| 5 | Паспортные данные руководителя(серия и номер) |  |
| 6 | Сфера деятельности |  |
| 7 | Дата рождения руководителя |  |
| 8 | Телефон |  |
| 9 | Контактное лицо (ФИО, должность) |  |
| 10 | Электронная почта |  |

|  |
| --- |
| **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