**Форма №10**

**Анкета Получателя поддержки**

по предоставлению услуг Фондом развития предпринимательства субъектам малого и среднего предпринимательства, предусмотренных федеральным проектом «Акселерация субъектов малого и среднего предпринимательства» в рамках деятельности Центра поддержки предпринимательства

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование Получателя поддержки, Ф.И.О. руководителя или представитель по доверенности, с указанием таковой; |  |
|  | Наименование оказанной услуги | Комплексная услуга № |
|  | Претензии к качеству оказываемых услуг | * Имею * Не имею * Иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Оцените влияние предоставленной комплексной услуги на развитие бизнеса | * В полной мере * Частично * Повлияла, но необходимо получение иной поддержки (указать какой именно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Не повлияла * Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Количество сотрудников на дату окончания услуги |  |
|  | Сведения о выручке на дату окончания услуги |  |
|  | Какие мероприятия/ виды поддержки Вам были бы интересны |  |

Вы можете оставить отзыв об оказанной поддержке, письменное пожелание:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

**М.П.**