**Форма №2**

Исполнительному директору некоммерческой организации

«Магаданский региональный фонд содействия

развитию предпринимательства»

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление по предоставлению поддержки в рамках федерального проекта «Акселерация субъектов малого и среднего предпринимательства» и об акцепте договора-оферты

Прошу предоставить комплексную услугу № \_\_\_ и рассмотреть пакет документов на отбор по предоставлению услуг Фондом развития предпринимательства

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование юридического лица/ИП |  |
| ИНН юридического лица/ИП |  |
| Руководитель юридического лица/ данные индивидуального предпринимателя | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Данные руководителя | Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. |
| Банковские реквизиты | Наименование банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН Банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № кор. счета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № расчетного счета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Краткая информация о действующем бизнесе/ работах/услугах |  |
| Цель получения поддержки, обоснование получения поддержки (для каких целей необходимо предоставление данного вида поддержки) | * Увеличение выручки * Увеличение численности работников * Масштабирование бизнеса * Иное:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (указать что именно) |
| Ранее было принято решение об оказании аналогичной поддержки (поддержки, условия оказания которой совпадают, включая форму, вид поддержки и цели ее оказания) | * Да, но сроки ее оказания истекли в \_\_\_\_\_\_\_ году * Да и сроки ее оказания не истекли * Нет |
| Были ли Вы признаны допустившим нарушение порядка и условий оказания поддержки, в том числе не обеспечившим целевого использования средств поддержки, и прошло менее чем три года | * Да * Нет |
| Имеются ли у Вас ограничения по предоставлению поддержки?  **(отметить необходимое)** | * Являетесь кредитными организациями * Являетесь страховыми организациями (за исключением потребительских кооперативов), * Являетесь инвестиционными фондами, * Являетесь негосударственными пенсионными фондами, * Являетесь профессиональными участниками рынка ценных бумаг * Являетесь ломбардами * Являетесь участниками соглашений о разделе продукции; * осуществляете предпринимательскую деятельность в сфере игорного бизнеса; * Являетесь в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=53F2A481BE563ABFB634CCEF3555B31B5E5B4DA09B55B6A6B0EF80B496C03D4692F19799687385FB42E30D937BC3AC2D1B181EC724CA5BE6U8U0C) Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле, нерезидентами Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных международными договорами Российской Федерации * Ничего из перечисленного |
| Имеется ли задолженность по налогам, сборам и иным обязательным платежам в бюджеты бюджетной системы Российской Федерации | * Да, в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. * Нет |
| Зарегистрированы в реестре участников закупок | * Да * Нет |
| Наименование Стороннего эксперта и сумма поддержки (заполняется по каждому стороннему эксперту в соответствии с ТЗ/брифом/письмом) | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей  Итоговая сумма поддержки: |

Приложение:

- копия паспорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.);

- копия доверенности на представителя (при наличии);

- Техническое задание/бриф, письмо (нужное подчеркнуть) на \_\_л.;

- подтверждение регистрации на платформе ЦП МСП;

- согласие на обработку персональных данных на 1 л.

Настоящим Заявитель подтверждает, что его постоянно действующий орган управления либо иной орган или лицо, имеющие право действовать от имени юридического лица без доверенности, фактически располагаются по указанным в Заявке адресам и обязуется не позднее 4 рабочих дней с момента изменения адреса уведомить Фонд о новом адресе.

Заявитель подтверждает соответствие требованиям, установленным Федеральным законом №209-ФЗ от 24.07.2007г.

* **Настоящим, я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что с условиями Договора-оферты на предоставление поддержки от «30» января 2024 г. и всеми приложениями к ней ознакомлен (а) и согласен (сна).**
* При необходимости внесения изменений в заявление о присоединении к Договору, Заявитель оформляет новое заявление с обязательным указанием даты подписания и прежнего номера, при этом с момента подписания нового заявления о присоединении, предыдущая редакция прекращает своё действие.
* **Я уведомлен (-а) о том, что в случае отказа от предоставления сведений, документов, отзыва согласия на проведение Фондом опросов в рамках оказанной поддержки, Фонд имеет право признать такого Заявителя допустившим нарушение порядка и условий предоставления поддержки.**

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

(подпись) (расшифровка)

М.П.