|  |  |
| --- | --- |
| ФОРМА | Приложение № 1к Порядку предоставления субсидий на возмещение части затрат субъектам малого и среднего предпринимательства Находкинского осуществляющим деятельность в сфере социального предпринимательства, утвержденному постановлением администрации Находкинского городского округа от 18 сентября 2024 года № 2153 |
|  | В управление потребительского рынка, предпринимательства и развития туризма администрации Находкинского городского округа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(от кого) |

**ЗАЯВКА**

**на участие в отборе**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (полное наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)

 (далее - субъект) просит предоставить финансовую поддержку путем предоставления субсидии на возмещение части затрат, субъектам малого и среднего предпринимательства Находкинского городского округа, осуществляющим деятельность в сфере социального предпринимательства

 Общая расчетная сумма субсидии составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

1. Общие сведения о субъекте:

Идентификационный номер налогоплательщика ИНН:

Дата государственной регистрации:

Адрес юридического лица (место жительства индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения:

Основной вид экономической деятельности (в соответствии с кодами ОКВЭД)

Банковские реквизиты для перечисления субсидии:

наименование банка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корреспондентский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о руководителе:

Ф.И.О. (полностью)

Телефон

Электронный адрес

Контактное лицо для взаимодействия (бухгалтер):

Ф.И.О. (полностью)

Телефон

Электронный адрес

Применяемая система налогообложения:

текущий год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошедший отчетный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Статус социального предпринимателя с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями предоставления субсидии ознакомлен и согласен.

Согласен на публикацию (размещение) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет информации об участнике отбора, о подаваемой участником отбора заявке, иной информации об участнике отбора, связанной с соответствующим отбором.

Достоверность представленной информации гарантирую.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование должности руководителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(инициалы, фамилия) |

М.П.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г.