|  |
| --- |
| **Автономная некоммерческая организация** **«Центр поддержки предпринимательства Республики Адыгея»**г. Майкоп, ул. Пионерская, 324, тел.: 8 800 201-01-75 |
| **ЖУРНАЛ УЧЕТА УЧАСТНИКОВ МЕРОПРИЯТИЙ – потребителей услуг ЦПП** |
| **ПАРТНЕР**Наименование, ИНН /КПП, адрес местонахождения |  |
| **Реквизиты договора** на проведение мероприятий ЦПП |  |
| **Вид и наименование мероприятия** |  |
| **Дата оказания Услуги**  |  |
| **Место оказания услуги** |  |
| **Проставлением своей подписи в настоящем Журнале УЧАСТНИК мероприятия подтверждает, что услуга по организации и проведению мероприятий оказана полностью, в соответствии со Стандартом по организации и/или реализации мероприятий для потребителей услуг Автономной некоммерческой организацией «Центр поддержки предпринимательства Республики Адыгея»** |
| **№ п/п** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (наименование СМСП либо ФИО физического лица, заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности) | **Фамилия, имя, отчество представителя СМСП** (для физических лиц ставится прочерк) | **Подпись потребителя (представителя Потребителя)** | **Оценка удовлетворен­ности полнотой и доступностью предостав­ленной информации?**(Выберите оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наивысшая оценка) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (наименование СМСП либо ФИО физического лица, заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности) | **Фамилия, имя, отчество представителя СМСП** (для физических лиц ставится прочерк) | **Подпись потребителя (представителя Потребителя)** | **Оценка удовлетворен­ности полнотой и доступностью предостав­ленной информации?**(Выберите оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наивысшая оценка) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (наименование СМСП либо ФИО физического лица, заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности) | **Фамилия, имя, отчество представителя СМСП** (для физических лиц ставится прочерк) | **Подпись потребителя (представителя Потребителя)** | **Оценка удовлетворен­ности полнотой и доступностью предостав­ленной информации?**(Выберите оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наивысшая оценка) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (наименование СМСП либо ФИО физического лица, заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности) | **Фамилия, имя, отчество представителя СМСП** (для физических лиц ставится прочерк) | **Подпись потребителя (представителя Потребителя)** | **Оценка удовлетворен­ности полнотой и доступностью предостав­ленной информации?**(Выберите оценку по 5-бальной шкале, где 5 – наивысшая оценка) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **СПИКЕРЫ/ЛЕКТОРЫ/ ПРЕПОДАВАТЕЛИ**:ФИО и личная подпись |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО сотрудника Партнера, ответственного за организацию и проведение мероприятия),* настоящим подтверждаю, что:- услуга оказана в соответствии с требованиями Стандарта по организации и/или реализации мероприятий для потребителей услуг Автономной некоммерческой организации «Центр поддержки предпринимательства Республики Адыгея»;- в процессе и по факту оказания услуги какие-либо претензии от потребителей не поступали;- подписи спикеров (лекторов, преподавателей) и потребителей проставлены в моем присутствии собственноручно лицами, данные которых указаны в настоящем журнале. Документы, удостоверяющие личность подписантов, мною проверены.Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ПАРТНЕР**Должность руководителя, ФИО, подпись, печать (при наличии) |  |

\*Журнал учета не должен содержать подчисток и исправлений. Допустимы исправления, оформленные в соответствии с установленными правилами делопроизводства.