|  |
| --- |
| Автономная некоммерческая организация **«Центр поддержки предпринимательства Республики Адыгея»** тел.: 8 800 201 01 75 |
| **СОГЛАШЕНИЕ-АНКЕТА ПОТРЕБИТЕЛЯ УСЛУГ ЦПП – ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА,**заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности на территории Республики Адыгея*(допускается рукописное и машинописное заполнение сведений, кроме личных подписей)* |
| После внесения Потребителем услуг ЦПП всех необходимых данных, настоящее соглашение-анкета является документом, подтверждающим запрос заявителя (потребителя услуг ЦПП) на получение государственной поддержки, направленной на создание и развитие СМСП в Республике Адыгея посредством Центра поддержки предпринимательства (далее, соответственно – ЦПП) в том числе с привлечением Партнеров ЦПП. Перечень услуг, сроки оказания и условия оказания конкретной услуги определяются в соответствии с настоящим Соглашением-анкетой и Стандартами оказания услуг ЦПП, размещенными в соответствующем разделе ЦПП на сайте. По требованию потребителя услуг ЦПП ему может быть предоставлена для ознакомления копия соответствующего Стандарта на бумажном носителе. |
| Подписанием настоящего Соглашения-анкеты:- **подтверждаю запрос на получение услуг ЦПП** для физических лиц, заинтересованных в начале осуществления предпринимательской деятельности;- **подтверждаю ознакомление со Стандартами оказания услуг ЦПП и свое согласие на получение услуг** на условиях, предусмотренных указанными Стандартами;- **подтверждаю согласие на участие в опросах** ЦПП.Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения государственной поддержки, **подтверждаю свое согласие на обработку** автономной некоммерческой организацией **«Центр поддержки предпринимательства Республики Адыгея»**, в частности: фамилию, имя, отчество, ИНН, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации/проживания, контактный телефон, адрес электронной почты. 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), обезличивание, блокирование и уничтожение. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет.Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Услуги ЦПП для физических лиц, заинтересованных в начале осуществления предпринимательской деятельности** – отметить необходимые: |
|  | 1. Консультационные услуги по вопросам начала ведения собственного дела для физических лиц, планирующих осуществление предпринимательской деятельности |
|  | 2 Консультационные услуги по вопросам финансового планирования |
|  | 3. Консультационные услуги по подбору персонала, по вопросам применения трудового законодательства Российской Федерации |
|  | 4. Предоставление информации о возможностях получения кредитных и иных финансовых ресурсов |
|  | 5. Проведение семинаров для физических лиц, заинтересованных в начале осуществления предпринимательской деятельности |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ УСЛУГ ЦПП**Помеченные \* поля обязательны для заполнения  | \*Фамилия |
| \*Имя |
| \*Отчество (при наличии) |
| ИНН |
| **Документ, удостоверяющий личность**Наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения |  |
| **Адрес регистрации и места проживания** (если не совпадают, указать оба адреса)Регион, район, населенный пункт, улица, номер дома, номер квартиры |  |
| **Контактный телефон** |  |
| **E-mail** |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО сотрудника ЦПП или специалиста партнера ЦПП),* настоящим подтверждаю, что подписи консультируемого лица в настоящем документе проставлены в моем присутствии собственноручно лицом, данные которого указаны в разделе «Потребитель услуг ЦПП». Документ, удостоверяющий личность подписанта, мною проверен. Подпись сотрудника ЦПП или специалиста партнера ЦПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |