|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Унитарная некоммерческая организация «Фонд развития бизнеса Краснодарского края» **ЦЕНТР ПОДДЕРЖКИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА** тел.: 8 800 707-07-11 | | |
| **СОГЛАШЕНИЕ-АНКЕТА ПОТРЕБИТЕЛЯ УСЛУГ ЦПП – ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА,** заинтересованного в начале осуществления предпринимательской деятельности на территории Краснодарского края *(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 Краснодарском крае посредством Центра поддержки предпринимательства Фонда развития бизнеса Краснодарского края (далее, соответственно – ЦПП, Фонд), 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 Фонда. 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** унитарной некоммерческой организацией **«Фонд развития бизнеса Краснодарского края» персональных данных**, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |