**ЗАЯВКА**

на участие субъекта малого и среднего предпринимательства НСО в мероприятии Центра поддержки предпринимательства Новосибирской области

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мероприятия | Выставка «Здравоохранение 2020»  |
| Наименование организации или индивидуального предпринимателя *(с указанием организационно-правовой формы)*  |  |
| Дата регистрации |  |
| ИНН: |  |
| Адрес *(только для юридических лиц):* | Фактический *(только для юридических лиц):* |
| Ф.И.О. руководителя, должность: |  |
| Телефон, факс *(только для юридических лиц):* |  |
| E-mail, сайт *(только для юридических лиц):* |  |
| **Информация, необходимая Центру поддержки предпринимательства НСО для оказания поддержки Вашему предприятию:** |
| Основной ОКВЭД (при необходимости можно указать и дополнительные)  |  |
| Наименование основных производимых товаров (работ, услуг). Область применения. Конкурентные преимущества (можно на отдельном листе) |  |
| Количество вновь созданных рабочих мест (шт.) | 2019 г.(факт) – | 2020 г.(план) – |
| Темп роста или темп прироста выручки от реализации товаров, работ и услуг (%) | 2018 г. (факт) -2019 г.(факт) – | 2020 г.(план) – |
| Настоящим гарантируем достоверность представленной нами в Заявке информации и подтверждаем право АНО «ЦСРП НСО», не противоречащее требованию формирования равных для всех участников конкурса условий, запрашивать у нас информацию, уточняющую представленные нами в ней сведения, а также участвовать в мониторинге указанных в заявке плановых показателей по итогам 2020 года. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(должность)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(субъект МСП)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/мп. *(подпись) (ФИО)* |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.