**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.