|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2  к Порядку предоставления субсидий на компенсацию затрат, связанных с производством (реализацией) товаров, выполнением работ, оказанием услуг субъектам малого и среднего предпринимательства города Комсомольска-на-Амуре, осуществляющим приоритетные виды деятельности |

СВЕДЕНИЯ

об участнике отбора на дату подачи

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование |  |
| Сокращенное наименование |  |
| ОГРН |  |
| Идентификационный номер  налогоплательщика (ИНН) |  |
| КПП |  |
| Дата регистрации |  |
| Место государственной регистрации |  |
| Юридический адрес |  |
| Сведения о регистрации филиалов и(или) обособленных подразделений |  |
| Место(а) ведения деятельности |  |
| Фактический адрес в городе Комсомольске-на-Амуре |  |
| Система(ы) налогообложения |  |
| Банковские реквизиты  (наименование банка, БИК, номер корр. счета,  № расчетного счета) |  |
| Контактный(е) телефон(ы) |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Наличие лицензии, когда и кем выдана, срок действия |  |
| Сведения о саморегулируемой организации (далее - СРО) (дата вступления или прекращения членства в СРО, наименование, ИНН, ОГРН, сфера деятельности СРО;  допуски к видам работ) |  |
| Основной вид деятельности (по ЕГРИП/ЕГРЮЛ) |  |
| Сведения о руководителе: фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Сведения о руководителе филиала или обособленного подразделения в городе Комсомольске-на-Амуре (фамилия, имя, отчество (при наличии), контактные данные) |  |
| Сведения об учредителях (участниках) юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения |  |
| Способ отправки обратной корреспонденции |  |

при отсутствии сведений ставится знак прочерка (-)

подтверждаю, что:

- участник отбора не осуществляет деятельность, предусмотренную [частями 3, 4 статьи 14](consultantplus://offline/ref=3FCE09C5E66F9D956FD72666624E10F419AEB96227A8C8E9963FDFE8B542A39335FC491ABC63D429B8A7B805117976BA83A6DD966D581927J0f9B) Федерального закона от 24 июля 2007 года № 209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации»;

- предъявляемые расходы ранее не были возмещены или оплачены за счет федерального, краевого и местного бюджетов.

Руководитель

организации / ИП /

иное уполномоченное

лицо / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О., последнее при наличии)

указание на доверенность (при наличии)

Дата

Печать (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_