

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Требованиям к предоставлению акционерным обществом «Федеральная корпорация по развитию малого и среднего предпринимательства» услуги по информированию о тренингах по программам обучения акционерного общества «Федеральная корпорация по развитию малого и среднего предпринимательства» и электронной записи на участие в тренингах

ФОРМА

ЗАЯВЛЕНИЕ

на электронную запись в тренинге по программе обучения акционерного общества «Федеральная корпорация по развитию малого и среднего предпринимательства»

_____ (указать наименование тренинга)

_____ (наименование МФЦ, иной организации) <1>

_____ (ИНН) <2>

Ф.И.О. (отчество при наличии)*	
Пол *	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской
Статус (для физических лиц и ИП)*	<input type="checkbox"/> потенциальный предприниматель <input type="checkbox"/> начинающий предприниматель (менее 1 года с момента государственной регистрации предпринимательской деятельности) <input type="checkbox"/> действующий предприниматель <input type="checkbox"/> наемный работник <input type="checkbox"/> официальный безработный <input type="checkbox"/> иное _____
Наименование предприятия/ИП * (в случае наличия)	
Сфера деятельности * (бизнес-идеи)	
Контактные данные для связи (телефон и электронный адрес) *	
Участник действующей программы: *	<input type="checkbox"/> ранее не участвовал в программах <input type="checkbox"/> «Азбука предпринимателя» <input type="checkbox"/> «Школа предпринимательства» <input type="checkbox"/> другое: _____

Как Вы узнали о программах обучения? *	<input type="checkbox"/> сеть «Интернет» <input type="checkbox"/> печатное издание <input type="checkbox"/> коллеги <input type="checkbox"/> МФЦ, иная аналогичная организация <input type="checkbox"/> другое: _____
Какое время предпочтительней для участия в тренинге? * (время тренинга будет определено с учетом поданных заявок)	<input type="checkbox"/> 09.00 – 12.00 <input type="checkbox"/> 12.00 – 16.00 <input type="checkbox"/> 16.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> другое: _____
Какой график прохождения обучения Вам удобен? * (даты проведения тренинга будут определены с учетом поданных заявок)	<input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> 2-3 дня в неделю <input type="checkbox"/> 1 день в неделю <input type="checkbox"/> другое: _____
Ответы на следующие вопросы необходимы для планирования тренингов в будущем:	
Какие дополнительные тренинги Вы хотели бы посетить? *	<input type="checkbox"/> «Азбука предпринимателя» <input type="checkbox"/> «Школа предпринимательства» <input type="checkbox"/> «Генерация бизнес-идей» <input type="checkbox"/> «Финансовая поддержка» <input type="checkbox"/> «Консультационная поддержка» <input type="checkbox"/> «Имущественная поддержка» <input type="checkbox"/> «Инновационно-производственная поддержка» <input type="checkbox"/> «Юридические аспекты предпринимательства и система налогообложения» <input type="checkbox"/> «Проектное управление» <input type="checkbox"/> «Сертификация и лицензирование» <input type="checkbox"/> «Участие в государственных закупках» <input type="checkbox"/> «Проверки субъектов МСП» <input type="checkbox"/> «Бизнес-эксперт: портал Бизнес-навигатора МСП» <input type="checkbox"/> «Повышение производительности труда субъектами МСП / бережливое производство» <input type="checkbox"/> «Обеспечение и защита прав и законных интересов субъектов МСП при заключении и исполнении договоров аренды недвижимого имущества» <input type="checkbox"/> «Бизнес по франшизе» <input type="checkbox"/> другое _____
Укажите, пожалуйста, свой возраст *	<input type="checkbox"/> до 18 лет <input type="checkbox"/> 18-30 лет <input type="checkbox"/> 31-44 лет <input type="checkbox"/> 45-59 лет <input type="checkbox"/> от 60 лет и выше

* поля, обязательные для заполнения

Уведомление об осуществлении электронной записи на участие в выбранном тренинге по программам обучения акционерного общества «Федеральная корпорация по развитию малого и среднего предпринимательства» прошу предоставить (укажите один вариант):

на электронный адрес:

(адрес электронной почты для направления результата услуги)

в МФЦ, иной организации;

_____ <3>

В случае невозможности записи на выбранный мною тренинг прошу уведомлять меня о доступности записи на него по вышеуказанному электронному адресу в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента подачи настоящего заявления.

(дата подачи
Заявления) <4>

(дата выдачи
результата услуги) <4>

(подпись Заявителя или
его уполномоченного
представителя)

<1> Указывается наименование МФЦ, иной организации, в которую подается Заявление на предоставление Услуги;

<2> Указывается ИНН организации/индивидуального предпринимателя/ физического лица, для физического лица ИНН указывается при наличии;

<3> Определяется МФЦ, иной организацией самостоятельно, исходя из технических возможностей;

<4> Заполняется уполномоченным сотрудником МФЦ, иной организации.