

АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«АСТРАХАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»»

Адрес: 414000 РФ, г. Астрахань, ул. Кирова, 73/Ахшарумова, 86
Тел.: (8512) 48-07-89, 48-07-94, факс: (8512) 48-07-89

ЗАЯВКА-АНКЕТА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГИ

Раздел 1. Информация о заявителе

Дата подачи заявки	____.____.2019 г.
ФИО заявителя (полностью)	
Дата рождения	
Адрес	
Телефон	
Электронная почта	
Наименование организации/индивидуального предпринимателя	
ИНН	
ОГРН	
ОКВЭД	

Раздел 2. Сведения об услугах

Перечень услуг	<input type="checkbox"/> консультационные услуги по вопросам введения бизнеса; <input type="checkbox"/> подготовка бизнес-плана; <input type="checkbox"/> участие в межрегиональных бизнес-миссиях; <input type="checkbox"/> участие в выставках в РФ; <input type="checkbox"/> разработка видеоматериалов, а также разработка и изготовление (в т.ч. в электронном виде) презентаций, брошюр, буклетов, листовок, визиток, роллапов и прочей полиграфической продукции; <input type="checkbox"/> участие в обучающих мероприятиях; <input type="checkbox"/> участие в конференциях и круглых столах <input type="checkbox"/> консультация по услугам инфраструктуры поддержки предпринимательства <input type="checkbox"/> иное (опишите подробнее)
Желаемая форма получения услуги	<input type="checkbox"/> личная встреча <input type="checkbox"/> по электронной почте <input type="checkbox"/> по телефону
Наименование организации, образующей инфраструктуру поддержки, оказавшей услугу	Центр поддержки предпринимательства Астраханской области

Подтверждаю достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем документе, а также свое согласие на обработку представленных персональных данных

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.