

**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

Дата: «__» _____ 20__ года

ЗАЯВКА-АНКЕТА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГИ

Раздел 1. Информация о заявителе

ФИО заявителя (полностью)	
Дата рождения	
Адрес	
Телефон	
Электронная почта	
Наименование организации/индивидуального предпринимателя	
ИНН	
ОГРН	
ОКВЭД	

Раздел 2. Сведения об услуге

Межрегиональные бизнес-миссии:	<input type="checkbox"/> Организация и проведение бизнес-миссии в г. Москва <input type="checkbox"/> Организация и проведение бизнес-миссии в г. Санкт-Петербург
Форма получения услуги	<input checked="" type="checkbox"/> личное участие <input type="checkbox"/> по электронной почте <input type="checkbox"/> по телефону
Желаемая дата/период оказания услуги	
Наименование организации, образующей инфраструктуру поддержки, оказавшей услугу	<input checked="" type="checkbox"/> 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.