Форма 1

 В комиссию по проведению конкурса

 на предоставление из бюджета ЗАТО Северск

 субсидии юридическим лицам,

 индивидуальным предпринимателям

 на частичное возмещение затрат, связанных

 с организацией работы аптеки (аптечного

 пункта) в ночное время

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 на участие в конкурсе на предоставление из бюджета ЗАТО Северск субсидии

юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям на частичное возмещение

 затрат, связанных с организацией работы аптеки (аптечного пункта)

 в ночное время

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

(полное наименование юридического лица или Ф.И.О. (отчество - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

сообщает о своем согласии участвовать в конкурсе на условиях и в порядке,

установленных Положением о предоставлении из бюджета ЗАТО Северск субсидии

юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям на частичное возмещение

затрат, связанных с организацией работы аптеки (аптечного пункта) в ночное

время", утвержденным постановлением Администрации, ЗАТО Северск

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_, (далее - Положение) и направляет настоящую заявку.

Представляю следующую информацию:

 1. Юридический адрес (для заявителя - юридического лица)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (индекс, город, улица, дом, корпус, строение, офис, квартира).

 2. Почтовый адрес (место нахождения) постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица или место жительства

индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (индекс, город, улица, дом, корпус, строение, офис, квартира)

 3. Должность, Ф.И.О. руководителя (для заявителя - юридического лица)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 4. Паспортные данные индивидуального предпринимателя (руководителя

заявителя) серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (орган) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 5. Основной государственный регистрационный номер записи о

государственной регистрации юридического лица (ОГРН) или индивидуального

предпринимателя (ОГРНИП)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

орган регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 6. Идентификационный номер налогоплательщика (юридического лица,

индивидуального предпринимателя) (ИНН) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 7. Контактные телефоны: рабочий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Почтовый адрес аптеки (аптечного пункта) заявителя, в котором

планируется организация работы в ночное время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес электронной почты заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 8. Контактное лицо/лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 9. Банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 10. Опыт работы заявителя в сфере фармацевтической деятельности (дата

регистрации лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в

аптеке (аптечном пункте) (месте нахождения лицензиата), в котором

планируется организация работы в ночное время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 11. Режим работы аптеки (аптечного пункта) заявителя), в которой

планируется организация работы в ночное

время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Срок проведения инвентаризации,

предусмотренный в учетной политике заявителя в году получения субсидии,

составляет \_\_\_ календарных дней.

 12. Заявитель на дату подачи настоящего заявления:

 1) является/не является субъектом малого предпринимательства в

соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2007 года N 209-ФЗ "О

развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации"

(нужное подчеркнуть);

 2) не находится/находится в процессе реорганизации, ликвидации, в

отношении него не введена/введена процедура банкротства, деятельность

получателя субсидии не приостановлена/приостановлена в порядке,

предусмотренном законодательством Российской Федерации (для юридических

лиц), не прекратил/прекратил деятельность в качестве индивидуального

предпринимателя (для индивидуальных предпринимателей) (нужное подчеркнуть);

 3) имеет/не имеет неисполненную обязанность по уплате налогов, сборов,

страховых взносов, пеней, штрафов, процентов, подлежащих уплате в

соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах;

 4) имеет/не имеет просроченную задолженность по возврату в бюджет ЗАТО

Северск субсидий, бюджетных инвестиций, предоставленных в том числе в

соответствии с иными муниципальными правовыми актами, а также иную

просроченную (неурегулированную) задолженность по денежным обязательствам

перед ЗАТО Северск;

 5) не является/является иностранным юридическим лицом, в том числе

местом регистрации которого является государство или территория, включенные

в утверждаемый Министерством финансов Российской Федерации перечень

государств и территорий, используемых для промежуточного (офшорного)

владения активами в Российской Федерации (далее - офшорные компании), а

также российским юридическим лицом, в уставном (складочном) капитале

которого доля прямого или косвенного (через третьих лиц) участия офшорных

компаний в совокупности превышает 25 процентов (если иное не предусмотрено

законодательством Российской Федерации). При расчете доли участия офшорных

компаний в капитале российских юридических лиц не учитывается прямое и

(или) косвенное участие офшорных компаний в капитале публичных акционерных

обществ (в том числе со статусом международной компании), акции которых

обращаются на организованных торгах в Российской Федерации, а также

косвенное участие таких офшорных компаний в капитале других российских

юридических лиц, реализованное через участие в капитале указанных публичных

акционерных обществ;

 6) заявитель получает/не получает средства из федерального бюджета

(бюджета Томской области, бюджета ЗАТО Северск), из которого планируется

предоставление субсидии в соответствии с Положением, на основании иных

нормативных правовых актов Российской Федерации (нормативных правовых актов

Томской области, правовых актов ЗАТО Северск) на цели, установленные

пунктом 3 Положения (нужное подчеркнуть);

 7) не допускал/допускал нарушений порядка и условий оказания финансовой

поддержки (субсидий, грантов), предоставления микрозаймов на территории

ЗАТО Северск или с даты признания заявителя допустившим нарушение порядка и

условий оказания поддержки, в том числе не обеспечившим целевого

использования средств поддержки, прошло/не прошло 3 года (нужное

подчеркнуть);

 8) заявитель осуществляет/не осуществляет экономическую деятельность по

розничной торговле лекарственными препаратами по коду 47.73 Общероссийского

классификатора видов экономической деятельности ОК 029-2014 (КДЕС Ред. 2),

принятого и введенного в действие Приказом Росстандарта от 31.01.2014

N 14-ст, в г. Северске;

 9) заявитель имеет действующую лицензию на осуществление

фармацевтической деятельности в аптеке (аптечном пункте) (месте нахождения

лицензиата), в котором планируется организация работы в ночное время.

 13. Заявитель имеет работников в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ человек, без учета

работников, выполняющих обязанности по договорам гражданско-правового

характера, срочным трудовым договорам, без внутреннего совместительства.

 14. Официальный сайт аптеки (аптечного пункта) заявителя (при

наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 15. Заявитель обязуется обеспечить достижение следующего результата

предоставления субсидии: организация в г. Северске работы одной аптеки

(одного аптечного пункта) в ночное время на период \_\_\_\_\_ месяцев.

 16. Заявитель дает согласие на осуществление ГРБС и органами

муниципального финансового контроля проверок соблюдения ими условий, целей

и порядка предоставления субсидии и включение указанного условия в Договор

о предоставлении субсидии.

 17. Заявитель дает согласие на публикацию (размещение) в

информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" об

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

 (наименование заявителя, ИНН)

как участнике конкурса (в случае допуска его к участию в конкурсе) или как

заявителе, получившим отказ в допуске к участию в конкурсе на

предоставление из бюджета ЗАТО Северск субсидии юридическим лицам,

индивидуальным предпринимателям на частичное возмещение затрат, связанных с

организацией работы аптеки (аптечного пункта) в ночное время.

 Настоящим гарантирую, что вся информация, представленная в заявке на

участие в конкурсе, достоверна.

 Подтверждаю свое согласие с порядком проведения конкурса.

 Со всеми условиями проведения конкурса ознакомлен, их понимаю и

согласен с ними.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование должности (подпись) (расшифровка подписи)

 руководителя юридического лица,

 уполномоченного лица

 по доверенности, Ф.И.О.

индивидуального предпринимателя)

 М.П.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.