

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на предоставление субсидий**

Изучив Порядок предоставления субсидий на возмещение затрат, возникающих в результате торговли лекарственными препаратами для медицинского применения в сельских населенных пунктах Качканарского городского округа

\_\_\_\_\_ (полное наименование организации-заявителя, Ф.И.О.)

сообщает о своем согласии участвовать в отборе заявок на условиях, установленных указанным Порядком.

1. Запрашиваемая сумма субсидий \_\_\_\_\_ (рублей)  
2. Банковские реквизиты для перечисления субсидий

\_\_\_\_\_

3. Информация о заявителе:

ИНН/КПП \_\_\_\_\_

Почтовый адрес

\_\_\_\_\_ Контактные телефоны (с указанием кода города), факс

\_\_\_\_\_ Контактное лицо: Ф.И.О., должность

\_\_\_\_\_ Адрес электронной почты, веб-сайт (при наличии)

\_\_\_\_\_

4. В соответствии с пунктом 26 Порядка к заявке прилагаются следующие документы:

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4.) \_\_\_\_\_  
5.) \_\_\_\_\_  
6.) \_\_\_\_\_

**5. Заполняется в случае подачи заявки индивидуальным предпринимателем.**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие организатору отбора заявок на предоставление

