ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к объявлению

о проведении отбора поставщиков социальных услуг, включенных в реестр поставщиков социальных услуг Хабаровского края, но не участвующих в выполнении государственного задания (заказа) для предоставления субсидии из краевого бюджета

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру социальной защиты Хабаровского краяДорофееву А.О. |

Заявка
на участие в отборе поставщиков социальных услуг для предоставления субсидии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование участника отбора)

В соответствии с Порядком определения размера и выплаты компенсации поставщикам социальных услуг, включенным в реестр поставщиков социальных услуг Хабаровского края, но не участвующим
в выполнении государственного задания (заказа), утвержденным постановлением Правительства Хабаровского края от 29 декабря 2015 г.
№ 480-пр направляем заявку на участие в отборе поставщиков социальных услуг для предоставления субсидии, с целью возмещения части затрат, связанных с оказанием социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой предоставления социальных услуг:

|  |  |
| --- | --- |
| за период |  |
| в форме социального обслуживания |  |
| получателям социальных услуг (человек) |  |
| в сумме (рублей) |  |

Даю согласие министерству социальной защиты Хабаровского края
на публикацию (размещение) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информации об участнике отбора, иной информации
об участнике отбора, связанной с отбором, а также согласие на обработку персональных данных.

Информация об участнике отбора поставщиков социальных услуг
для предоставления субсидии

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и сокращенное наименование участника отбора  |  |
| Организационно-правовая форма |  |
| Наименование должности руководителя |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации |  |
| Юридический адрес |  |
| Фактический адрес |  |
| Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) |  |
| Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| Телефон, факс, адрес электронной почты  |  |

Достоверность информации, включая документы, представленные
в составе заявки на участие в отборе поставщиков социальных услуг для предоставления субсидии подтверждаю.

Приложения:

1.

2.

3.

4.

Банковские реквизиты участника отбора:

ИНН/КПП

р/сч.:

кор/сч.:

БИК:

Наименование банка:

ОГРН

ОКТМО

ОКПО

ОКВЭД

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, ФИО)

МП