|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1к постановлению Правительства Рязанской области  |
|  | от 16.02.2021 № 22 |
|  |  |
|  |  |
|  | «Приложение № 1к Порядку предоставления субсидий из областного бюджета аптечным организациям в целях возмещения недополученных доходов в связи с реализацией ими гражданам, имеющим право на меры социальной поддержки в соответствии с Законом Рязанской области от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения Рязанской области», лекарственных средств, приобретаемых по рецептам врачей |
|  |  |
|  |  |
|  | Министру труда и социальной защиты населения Рязанской области |

Заявление № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер из журнала регистрации)

о предоставлении субсидии в целях возмещения недополученных

доходов в связи с реализацией аптечными организациями

лекарственных средств, приобретаемых по рецептам врачей

Аптечная организация:

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование организации |  |
| Организационно-правовая форма |  |
| Юридический адрес |  |
| Фактический адрес |  |
| Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) |  |
| Номер расчетного счета |  |
| Наименование кредитной организации |  |
| Банковский идентификационный код (БИК) |  |
| Номер корреспондентского счета |  |
| Телефон, факс (при наличии) |  |
| Официальный сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии) |  |
| Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| Наименование должности руководителя |  |
| Фамилия, имя, отчество руководителя организации |  |

Прошу предоставить субсидию в целях возмещения недополученных доходов в связи с реализацией гражданам, имеющим право на меры социальной поддержки в соответствии с Законом Рязанской области
от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения Рязанской области», (далее – Закон) лекарственных средств, приобретаемых по рецептам врачей.

Подтверждаю, что на дату подачи заявления получатель субсидии:

стоит на учете в налоговом органе на территории Рязанской области;

не является иностранным юридическим лицом, а также российским юридическим лицом, в уставном (складочном) капитале которого доля участия иностранных юридических лиц, местом регистрации которых является государство или территория, включенные в утверждаемый Министерством финансов Российской Федерации перечень государств и территорий, предоставляющих льготный налоговый режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорные зоны) в отношении таких юридических лиц, в совокупности превышает 50%;

не получает средства из областного бюджета в соответствии с иными нормативными правовыми актами на цели, указанные в пункте 1 Порядка предоставления субсидий из областного бюджета аптечным организациям в целях возмещения недополученных доходов в связи с реализацией ими гражданам, имеющим право на меры социальной поддержки в соответствии с Законом, лекарственных средств, приобретаемых по рецептам врачей, утвержденного постановлением Правительства Рязанской области от 17.07.2013 № 198 (далее – Порядок);

согласен на проведение проверки соблюдения условий, целей, порядка предоставления субсидий министерством труда и социальной защиты населения Рязанской области и органами государственного финансового контроля.

Получатель субсидии обязуется:

- достигнуть результат предоставления субсидии и показатель, необходимый для достижения результата предоставления субсидии;

- представить в министерство труда и социальной защиты населения Рязанской области в соответствии с пунктом 12 Порядка отчет о достижении результата предоставления субсидии и показателя, необходимого для достижения результата предоставления субсидии, по форме, утверждаемой соглашением о предоставлении субсидии, с приложением копии документа, удостоверяющего личность получателя субсидии (руководителя получателя субсидии – для юридических лиц) или представителя (в случае подачи заявления через представителя), а также копии документа, удостоверяющего полномочия представителя.

Достоверность данных, указанных в заявлении и представленных документах, подтверждаю.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |  |
| М.П. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Должность специалиста, принявшего заявление |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.». |  |  |