Форма

**Согласие на проведение проверок соблюдения организацией условий, целей и порядка предоставления субсидий**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(полное название организации, ИНН, КПП, ОГРН)* в соответствии с подпунктом «а» пункта 9 Общих требований к нормативным правовым актам, муниципальным правовым актам, регулирующим предоставление субсидий, в том числе грантов в форме субсидий, юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, а также физическим лицам - производителям товаров, работ, услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 18.09.2020 № 1492, выражает согласие на проведение Министерством здравоохранения Мурманской области и органами государственного финансового контроля Мурманской области проверок соблюдения организацией условий, целей и порядка предоставления субсидий.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность) | (подпись) | (ФИО) |

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.