\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рег. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование СРО)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ (оформляется на одном листе).

**Полное наименование юридического лица (Индивидуального предпринимателя, дата рождения):**

**Сокращенное наименование юридического лица (Индивидуального предпринимателя):**

**Юридический адрес (место жительства – для Индивидуального предпринимателя):**

**\*Адрес фактического местонахождения:**

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,адрес web-страницы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Руководитель юридического лица (индивидуальный предприниматель):**

(должность,фамилия, имя, отчество, паспортные данные, регистрация по месту жительства, моб. тел.)

**Основной государственный регистрационный номер – ОГРН или ОГРНИП**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о наличии свидетельств о допуске к работам, выданных другими саморегулируемыми организациями (копии прилагаются):

**\*В случае изменения адреса местонахождения и контактных телефонов, обязуюсь представить измененный Информационный лист в течение 5 (пяти) рабочих дней.**

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

(должность руководителя) (подпись) (Фамилия И.О.)

М.П.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г.

Заполняется специалистами СРО

Количество видов работ\_\_\_\_\_\_\_\_в том числе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

экспертиза и пр.

Сумма вступительного взноса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма членского взноса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма взноса в компенсационный фонд\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) (дата)