**Заявка на получение средств индивидуальной защиты**

Для получения СИЗ необходимо заполнить форму.   
Заполняя форму, вы подтверждаете свое согласие на обработку персональных данных.

\* *Обязательно*

|  |  |
| --- | --- |
| *Номер ОКВЭД, для деятельности которого необходимы СИЗ\** |  |
| *Количество работающих сотрудников на предприятии, соответствующем номеру указанного выше ОКВЭД \** |  |
| *Наименование субъекта МСП \** |  |
| *ИНН \** |  |
| *Контактное лицо (ФИО) \** |  |
| *Номер телефона \** |  |
| *E-mail \** |  |