**СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование хозяйствующего субъекта)

в случае предоставления гранта «Агротуризм» даю согласие на осуществление Министерством сельского хозяйства Забайкальского края и органом государственного финансового контроля проверок соблюдения целей, условий и порядка предоставления гранта «Агротуризм»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(расшифровка)