**Заявка**

**слушателя на обучение и проверку знаний требований охраны труда по программе для руководителей и специалистов предприятий и организаций объёмом 40 часов высылается на эл. адрес: sibpros@ya.ru**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Паспорт | Дата рождения  Место рождения  Серия №\_  Выдан  дата выдачи  код подразделения  зарегистрирован по адресу  сот.тел |
| Должность  полное и сокращённое название |  |
| В соответствии с Уставом или печатью организации указать  полное и сокращённое название организации |  |
| Период обучения (с по )  график обучения уточняется по  тел.: (383)209-26-61 | с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г |
| Юридическийадресорганизации |  |
| ОКВЭД |  |
| Банковскиереквизитыорганизации | **Учреждение**  Наименование:  Юр. Адрес \_  Банковские реквизиты:  ИНН  КПП  БИК  **л/сч.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  р/с \_\_  банк |
| Ф. И. О., должность руководителя, действующего на основании Устава, договора, доверенности (указать) |  |
| Подписьруководителяорганизации  (согласовано) |  |
| Контактные данные: телефон и эл.адрес |  |

Даю согласие на использование моих персональных данных в целях получения информации от Центра - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)