**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 выдачикод подразделениязарегистрирован 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 потел.: (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)