*К договору платных услуг по обучению*

*№\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.*

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

в Частное профессиональное образовательное учреждение

**«УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»**

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

*(полное название организации – заказчика)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(сокращенное название организации – заказчика)*

Просит принять сотрудников в количестве \_\_\_ человек

На обучение по направлению: **«Обучение руководителей, специалистов и работников оказанию первой помощи пострадавшим на производстве».**

В объеме – 16 часов

Форма обучения - очная, очно-заочная, заочная (с применением дистанционных технологий)

**Список направляемых лиц**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Ф.И.О.** | **Должность,**  **профессия** | **Дата**  **рождения**  *(полностью)* | **Образование** | **Причина проверки**  *(первичная, очередная, внеочередная)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

*- С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, Правилами приема и режима Образовательного учреждения ознакомлены.*

**Юридический / Фактический адрес организации-заказчика (с индексом):**

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

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

**Должность, ФИО руководителя** *(полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Действует на основании** (Устава, Положения, Доверенности и т.п.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Реквизиты организации:** |
| ИНН/КПП: |
| р/с |
| Наименование банка: |
| к/с |
| БИК |
| ОГРН |
| **ОКВЭД** (обязательно) |
| Контактное лицо |
| Контактный телефон |
| e–mail |
| Из какого источника Вы узнали о нашем центре |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*(должность) (подпись)*

МП