*На бланке организации* Заместителю директора по качеству

и образовательной деятельности

ФГУП «ВНИИМ им. Д.И. Менделеева»

М.В. Окрепилову

**З А Я В К А**

**от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(****полное наименование организации)*

Прошу принять сотрудника(ов) организации на обучение по программе ДПО

Программа - повышения квалификации

Наименование программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Ф.И.О.**  **(полностью), дата рождения** | **Серия, номер паспорта, кем, когда выдан** | **Адрес проживания, телефон** | **Уровень, серия и № документа об образовании и год окончания** | **Должность** | **Форма обучения** | **Согласие на обработку персональных данных слушателя в целях организации обучения** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Реквизиты организации для заключения договора:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации |  |
| Полное наименование организации |  |
| Юридический адрес |  |
| Фактический адрес |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| р/с |  |
| к/с |  |
| Наименование банка |  |
| БИК |  |
| Должность уполномоченного представителя |  |
| ФИО уполномоченного представителя |  |
| Документ-основание |  |

С копией Лицензии на право осуществления образовательной деятельности и приложением к ней ознакомлен(а)

Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(ФИО)*

М.П.

**Координаты отв. исполнителя:**

Моб.

Тел./факс.