**Заявка**

**слушателя на обучение и проверку знаний требований охраны труда по программе для руководителей и специалистов предприятий и организаций в РЦ СФО по РП БЖ ФГБОУ ВПО «НГПУ» объёмом 40 часов**

**высылается на эл. адрес:** [**rc.sfo@mail.ru**](mailto:rc.sfo@mail.ru) **или факс 8(383)244-19-44**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Паспорт | Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  зарегистрирован по  адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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)244-19-44 | с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_.2013 по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_.2013 |
| Юридический адрес организации |  |
| ОКВЭД |  |
| Банковские реквизиты организации | Название организации  Адрес  КПП  ИНН  ОКПО  ОГРН  ОКВЭД  БИК  ОКАТО  Р/с  Наименование банка |
| Ф. И. О., должность руководителя, действующего на основании Устава, договора, доверенности (указать) |  |
| Подпись руководителя организации  (согласовано) |  |
| Контактные данные: телефон и эл.адрес |  |