*Директору УЦ «За безопасный труд»*

*Щербакову В. А.*

***ЗАЯВКА***

***Прошу провести обучение и аттестацию по программе: «Стропальщик» следующим сотрудникам нашей организации:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № пп | Фамилия, имя, отчество | Занимаемая должность (профессия) | Дата рождения  (число, месяц, год) | СНИЛС | Гражданство | Документ о предшествующем уровне образовании | | | | | |
| Образование (высшее, среднее, н/о,…) | Наименование документа (диплом, аттестат, свидетельство) | Год окончания | серия | номер | Место рождения (как в паспорте) |
| 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**К заявке приложить:**

1 Копию паспорта

2 Копию СНИЛСа

3 Фото 3\*4 - 1 шт

***Контактное (ответственное) лицо за организацию обучения****:*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество / Контактный телефон |  |

***Реквизиты Вашей организации (можете заполнить прилагаемую таблицу или приложить карточку предприятия) для заключения договора:***

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и сокращенное название Вашей организации |  |
| Юридический адрес (включая индекс) |  |
| № телефона/факса, электронный адрес |  |
| ИНН/КПП |  |
| р/с |  |
| к/с или л/с |  |
| БИК |  |

***Руководитель (в лице кого будет заключаться договор):***

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество (полностью) |  |
| Должность |  |
| На основании чего действует (Устав, положение, приказ, доверенность, распоряжение), №, дата |  |

*Заявку на обучение направлять по эл. почте* [***421415@bk.ru***](mailto:421415@bk.ru)

*Счёт на оплату выставляется после получения заявки. Справки по телефону:* ***(3952)******42-14-15******(многоканальный)***

***Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО***

***М.П.***