Директору негосударственного образовательного учреждения

«Центр внедрения современных средств безопасности труда» (НОУ "Центр внедрения ССБТ")   
Лампасовой В.Н.  
153002, г. Иваново, пр. Ленина , д. 94, оф. 40

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**  
  
Прошу зарегистрировать в качестве слушателя по учебной программе – «Обучение по охране труда руководителей и специалистов организаций (40 часов)»:

1.Ф.И.О. (полностью).   
Должность

2.Ф.И.О. (полностью).   
Должность

3.Ф.И.О. (полностью).   
Должность

Оплату гарантируем.  
**Сведения для оформления договора и выставления счета:**  
Организация (полное и сокращенное юридическое наименование)

ИНН/ КПП  
ОКВЭД (по основному виду)  
Юридический адрес (с индексом)  
Фактический адрес (с индексом)  
Должность руководителя  
Ф.И.О. руководителя (полностью)  
На основании какого документа действует руководитель (устав, положение, доверенность и т.п.)  
Банковские реквизиты  
Р/С  
Наименование банка

БИК Кор/счет  
  
**Контактное лицо (Ф.И.О.)**  
Телефон /факс  
E-mail  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (И.О.Фамилия руководителя)  
"\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(МП)