

Директору
 Автономной некоммерческой организации
 дополнительного профессионального образования
 «Самарский Центр Охраны Труда»
 Рогову А.В.
 Тел.: (846) 212-00-20
 E-mail: info@atrud.ru

ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ

Прошу провести обучение и проверку знаний по программе повышения квалификации
 «_____» сотрудников предприятия (организации)
 _____ в количестве _____ человек.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Образование	Занимаемая должность	Стаж работы в этой должности	Дата рождения*	СНИЛС*
1	2	3	4	5	6	7

* информация необходима для предоставления в систему ФРДО «Федеральный реестр сведений документов об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» (ч. 9 ст. 98 ФЗ «Об образовании в РФ»)

Наши реквизиты:

Наименование предприятия:
 Адрес:
 Телефон:
 ИНН/КПП
 Расчетный счет:
 Наименование банка:
 Корр. счет:
 БИК:

Директор _____ (_____)
 М.П.

«__» _____ 20__ г.

Ответственный исполнитель: _____
 Телефон контакта: _____