Направляется: по факсу  **(843) 291-08-63**

или E-mail: [kfasms05@mail.ru](mailto:kfasms05@mail.ru),

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название программы обучения | | **«Аттестация испытательного оборудования»** | | | |
| Сроки проведения | | **11-22 ноября 2019г.** | | | |
| Полное наименование организации | | | | | |
| ИНН | | | КПП | | |
| БИК | | | Р/счет | | |
| К/счет | | | Наименование банка | | |
| Юридический адрес организации (с индексом) | | | | | |
| Почтовый адрес организации | | | | | |
| Должность руководителя организации | | | Ф.И.О. руководителя | | |
|  | | |  | | |
| На основании какого документа действует (устав, положение, доверенность и т.п.) | | | | | |
|  | Ф.И.О. слушателя  (полностью) | | | Образование | Должность |
| 1. |  | | |  |  |
| 2. |  | | |  |  |
| 3. |  | | |  |  |
| 4. |  | | |  |  |

|  |
| --- |
| Контактное лицо |
| Код города и номер тел/факса |
| E-mail |

Должность и Ф.И.О. лица,

подписавшего заявку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_