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

или E-mail: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_