**Форма заявки юридического лица**

Директору ЧУ ДПО

«Институт профессионального роста»

Э.И. Тюрину

|  |
| --- |
|  |
| *(наименование организации)**Со стороны Заказчика договор будет подписан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, фамилия имя отчество полностью), действует на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается документ, подтверждающий право подписи вышеназванного лица, если доверенность, то номер и дата документа).* |

Реквизиты предприятия (организации):

Полное наименование:

Сокращенное наименование:

Юридический адрес *(обязательно с указанием индекса!)*:

Фактический адрес *(обязательно с указанием индекса!)*:

Почтовый адрес для высылки документов:

Телефон/факс:

ИНН:

КПП:

Расчетный счет:

Полное название банка, в котором открыт счет:

Корреспондентский счет:

БИК:

Подпись ответственного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка подписи)

**Программа обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Срок обучения: \_\_\_ часов**

**Контакты слушателей:**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированный(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_ Серия Номер

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны: моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 раб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения об образовании:

Окончил(а) в году

|  |
| --- |
|   |
| (наименование образовательной организации, серия и номер документа об образовании, специальность) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование квалификации /вид деятельности | Уровень образования высшее(ВО)/среднее профессиональное (СПО) | Фамилия, указанная в дипломе о ВО / СПО | Серия документа о ВО/СПО | Номер документа о ВО/СПО |
|  |  |  |  |  |  |

Почтовый адрес (для отправления документов): \_\_\_\_\_

С копией Лицензии на право осуществления образовательной деятельности, приложением к ней, Уставом ознакомлен(а). Согласен(на) на обработку моих персональных данных в целях организации обучения. Поступающие, представившие заведомо ложные документы (информацию), несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

 Подпись