**Реквизиты организации**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации: |  |
| 1. Сокращенное наименование: |  |
| 1. Адрес:   - юридический  - фактический |  |
| 1. Телефон , e-mail – |  |
| 1. ИНН - |  |
| 1. КПП - |  |
| 1. ОГРН - |  |
| 1. Расчетный счет: |  |
| 1. Банк: |  |
| 1. БИК: |  |
| 1. Корр. счет |  |
| 1. ОКПО |  |
| 1. Руководитель организации (Ф.И.О и должность полностью) |  |

**Заявка**

Просим Вас провести обучение следующих сотрудников:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О. полностью** | **Дата рождения\*** | **СНИЛС\*[[1]](#footnote-1)** | **Курс обучения** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Работники, направленные на обучение, в соответствии с действующим законодательством проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры. Медицинских противопоказаний к заявленному на обучение виду деятельности не имеют.

Руководитель организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.(полностью)

Контактное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью)

Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Дата рождения и СНИЛС являются обязательными для внесения Удостоверения в систему ФИС ФРДО (Федеральная информационная система «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и(или) о квалификации, документах об обучении»** [↑](#footnote-ref-1)