|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***На бланке организации*** |  | ДиректоруЧУ ДПО ЛФП – «Зональный учебно-методический центр профсоюзов Санкт-Петербурга» Чиркову М.С. |
| № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |

Заявка на обучение

|  |
| --- |
|  |
| *(наименование организации)* |
|  |  |  |
| просит обучить \_\_\_\_ человек(а) по программе обучения |
|  |
|  *(наименование программы)* |
| Даты обучения |  | 2022 г. |

Список направляемых на обучение

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, Имя, Отчество(полностью) | Контактная информация (телефон, e-mail\*) | Должность | Размещение в гостинице(1-/2-х местное **в стандартных номерах**) | Дата заезда | Дата отъезда |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дополнительные пожелания: |  |
|  |

Реквизиты:

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование: |  |
|  |  |
| Юридический адрес: |  |
| Фактический адрес:  |  |
| ИНН |  | КПП |  |
| р/счет: |  |
| Банк: |  |
| БИК |  | к/с |  |
|  |  |  |  |
| ***Должность руководителя***  | *Подпись* |  | ***Фамилия Имя Отчество (Полностью)*** |
|  |  |  |  |
| Контактное лицо |  |  |  |
|  | *Фамилия Имя Отчество (полностью)* |  | *Должность* |
| Телефон |  | Факс |  | E-mail |  |

**Просьба правильно указывать должность руководителя предприятия,**

**на основании чего действует!**

**Заявку можно отправить по факсу (812) 407-88-68, (812) 407-88-73, (812) 407-88-74**

**или e-mail: 4078872@zumcspbru**