|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору краевого государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования «Краевой центр подготовки кадров строительства, ЖКХ и энергетики»  *В.В. Куцаку* |

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу зачислить в краевое государственное учреждение дополнительного профессионального образования «Краевой центр подготовки кадров строительства, ЖКХ и энергетики» следующих лиц для обучения по программе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *Указывается наименование образовательной программы*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Формат программы (обязательно отметить любым знаком):** | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Подготовка |  | Переподготовка |  | Повышение  квалификации |  | Периодическая проверка знаний |   **Форма обучения (обязательно отметить):**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Очная |  | Очно-заочная |  | Заочная (с применением дистанционных образовательных технологий) | | |  | | | | | | | |
| **Полное наименование** |  |
| **Сокращенное наименование** |  |
| **Юридический адрес**: |  |
| **Почтовый адрес**: |  |
| **Фактический адрес**: |  |
| **ИНН/КПП** |  |
| **ОКВЭД** |  |
| **Банковские реквизиты**: | |
| **Банк**: |  |
| **Расчетный счет**: |  |
| **Корр.счет**: |  |
| **БИК банка**: |  |
| **Руководитель (должность, ФИО**  **полностью)**: |  |
| **Действует на основании (Устава,**  **приказа, доверенности, свидетельства, иного документа)**: |  |
| **Контактные данные (телефон, e-mail):** |  |
|  |  |
| **Контактное лицо (должность, ФИО полностью):** |  |
| **Номер телефона контактного лица:** |  |
| **Адрес электронной почты**  **контактного лица:** |  |

**Список обучающихся**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, Имя, Отчество  (полностью) | Дата рождения | Уровень  образования | Должность |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись Руководителя  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи |

Согласовано

Руководитель сектора продаж

Должность руководителя структурного подразделения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Я.В. Куликова

Подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.