## «ОФОРМЛЯЕТСЯ НА БЛАНКЕ ПРЕДПРИЯТИЯ»

**Директору**

**АНОО ДПО «Интеллект»**

 **Беловой И.А.**

**Заявка на обучение**

Администрация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название предприятия, организации)

**просит провести повторную проверку знаний**  **по профессии**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать профессию)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О. (полностью)** | **Должность** |  **№ удостоверения****Дата выдачи**  |  **Наименование учебного центра, выдавшего удостоверение** |
| 1. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

По состоянию здоровья вышеуказанные работники могут работать по данной профессии. Медицинские справки находятся в отделе кадров.

Стажировку просим провести на рабочем месте слушателя.

**Сведения об организации**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование организации |  |
| Сокращенное наименование организации |  |
| Лицо подписывающее договор (ФИО полностью, должность, на основании чего действует (устав, доверенность № …) |  |
| Юридический и фактический адрес организации (с почтовым индексом) |  |
| ИНН/КПП |  |
| р/с |  |
| к/с |  |
| Наименование банка |  |
| БИК |  |
| ОКПО |  |
| ОГРН |  |
| ОКВЭД |  |
| Контактное лицо по организационным вопросам, должность |  |
| Телефон, факс |  |
| E-mail |  |

Желаемая дата начала занятий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\*Просим организовать проведение занятий с выездом преподавателя по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантируем.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О)

*Примечание:*

*\*Выездное обучение организовывается от 15 человек*