**Заявка**

**на проведение обучения по профилактике детского дорожно-транспортного травматизма**

тел. 8(4912)96-85-13 моб. 8-960-566-94-75 Email: [сentr.trudа@mаil.ru](mailto:сentrtrudа@mаil.ryazаn.ru); [nou.ucot@gmail.com](mailto:nou.ucot@gmail.com)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название организации полное** |  | |
| **Название организации сокращенное** |  | |
| **Индекс. Юридический адрес организации** |  | |
| **Руководитель, должность, Ф.И.О.(полностью и разборчиво)** |  | |
| **Действует на основании:** |  | |
| **Контактное лицо: Ф.И.О.** |  | |
| **Контактный тел., факс, e-mail**: |  | |
| **ИНН:** |  | |
| **КПП:** |  | |
| **ОГРН:** |  | |
| **БИК:** |  | |
| **Р/сч:** |  | |
| **Банк** |  | |
| **К/сч.** |  | |
| **Лицевой счет (для бюджетных организаций)** |  | |
| **Форма оплата *(нужное выделить жирным)*** | по безналичному расчету | за наличный расчет |
| **Форма обучения *(нужное выделить жирным)*** | с отрывом от производства | без отрыва от производства |

***Список специалистов, направляемых на обучение***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | **Фамилия Имя Отчество (**Полностью и разборчиво**)** | **Должность** | **Причина проверки знаний (Первичная Очередная. Внеочередная)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

***При большем количестве сотрудников, просьба добавить дополнительные строки к таблице***