(оформляется на фирменном бланке организации)

« » 2019 года

**Директору ООО**

**«Институт профессионального развития»**

 **Вихровой О.Ю.**

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

Просим подготовить сотрудника (-ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Наименование организации (полное)*

| **№** | **Ф.И.О.***(полностью)**в дательном падеже)* | **Должность** | **Образование***(наименование учебного заведения, специальность, факультет, год окончания, номер диплома, бакалавр/магистр указать)* | **Год Рождения** | **Наименование курса** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

Возможность прохождения слушателем производственной практики в Организации

Да Нет

(нужное подчеркнуть)

Документы, подтверждающие прохождение медицинских осмотров имеются и хранятся в отделе кадров организации

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку ООО «Институт профессионального развития» своих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

**Реквизиты организации:**

**Юридический адрес (с индексом):**

**Почтовый адрес: (с индексом):**

**ИНН/КПП организации:**

**ОГРН организации:**

**р/c:**

**в банке**

**к/с:**

**БИК:**

**Оплату услуг (согласно данной заявке) гарантирую**

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

(должность указать обязательно) подпись Ф.И.О.

М.П.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Телефон (с кодом) |  | Факс(с кодом) |  | e-mail |  |