Генеральному директору ООО «Институт профилактики» Ковтуну А.В.
117303 Москва, Балаклавский проспект, дом 33, строение 2

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О, должность руководителя)

**ЗАЯВКА**

Прошу принять на обучение в ООО «Институт профилактики», по программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

в объёме \_\_\_\_ а/ч. с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. следующих сотрудников организации:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО сотрудника полностью в именительном падеже | Мобильный телефон | Электронная почта |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

К заявке прилагаю:

1) личную карточку слушателя, подписанную и заверенную печатью, с фотографией;

 2) копии следующих документов:
- паспорт (1 страница и страница с регистрацией по месту жительства);

- диплом о медицинском образовании;

- сертификат специалиста;

- документ о перемене фамилии (если фамилия менялась).

Удобный способ получения документов об обучении (выбор отметить знаком «V»):

 заберу сам по месту нахождения образовательной организации;

 прошу выслать EMS-почтой России по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату за обучение гарантируем.

Контактный телефон организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо, ответственное за обучение (или за оформление документов, если на обучение направляются несколько человек) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.