

_____ *(название программы обучения, сроки проведения)*

Полное наименование организации: _____

ИНН/КПП _____

ОГРН _____

ОКПО _____

ОКТМО _____

Юридический адрес организации: _____

Почтовый адрес организации: _____

Банковские реквизиты организации: _____

ФИО и должность руководителя организации: _____

На основании чего действует (Устава, Доверенности) _____

Фамилия Имя Отчество Участника (ов)	Контактный телефон (сотовый)	Занимаемая должность	Специальность по диплому

Код города и номер тел/факса _____

E-mail _____

Контактное лицо _____

Подпись _____ Дата _____

Заявка принимается по тел./факсу (861) 253-05-39, 253-04-56, 259-53-12, 259-52-43 E-mail: umo@kfasmc.ru

Тел./факс (861) 253-04-56, 259-53-12, 259-52-43, 350010, г. Краснодар, ул. Красная, 124, оф. 802
e-mail: umo@kfasmc.ru, www.kfasmc.ru