ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ

*(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

Е-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: kfasmc@mail.ru**

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