

(название программы обучения, сроки проведения)

Полное наименование организации: _____

ИНН/КПП _____

Юридический адрес организации: _____

Почтовый адрес организации: _____

Банковские реквизиты организации: _____

ФИО и должность руководителя организации: _____

На основании чего действует (Устава, Доверенности) _____

ФИО Участника (ов)	Контактный телефон (сотовый)	Занимаемая должность

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: kfasmc@mail.ru

Тел./факс (861) 253-04-56, 259-53-12, 259-52-43, 350010, г. Краснодар, ул. Красная, 124, оф. 803
e-mail: kfasmc@mail.ru, www.kfasmc.ru