**г. Уфа**

**ЧУ ДПО «ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Лицензия № 5291 от 18 ноября 2019 г

**ЗАЯВКА**

**на обучение по программам дополнительного профессионального образования**

|  |  |
| --- | --- |
| Учреждение-заявитель  (полное название) |  |
| ОГРН |  |
| Юридический адрес учреждения-заявителя | Почтовый индекс |
| Город (район) |
| Улица |
| Дом. Корп. Стр. Офис (кв). |
| Почтовый адрес  учреждения-заявителя | Почтовый индекс  Город  Улица  Дом. Корп. Стр. Офис (кв). |
| Телефон и факс  учреждения-заявителя | Код города |
| Телефон |
| Факс |
| Ф.И.О. руководителя учреждения-заявителя и  полное название должности |  |
| Банковские реквизиты учреждения-заявителя | ИНН/КПП  ОКОНХ  ОКПО  Р/С  К/С  БИК |
| Название цикла и количество учебных часов |  |
| Дата проведения цикла | c «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.  по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. |
| Ф.И.О. слушателей, обучающихся на цикле (полностью) и их должности, обязательно указать:  1. номер мобильного телефона,  2. личный Е-mail. |  |
| Контактное лицо от организации | Ф.И.О (полностью)  Должность  Телефон рабочий (код города)  Телефон мобильный (обязательно)  Е-mail (обязательно) |

Заявка заполняется на компьютере.

Заполнение всех строк заявки обязательно.

Заявка должна быть подписана, отсканирована и отправлена Е-mail: [dporb2015@mail.ru](mailto:dporb2015@mail.ru)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

Руководитель учреждения-заявителя (Ф.И.О и должность полностью)

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

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

Подпись руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.