**Заявка на предоставление платных образовательных услуг**

Директору ОАУ «Институт региональной кадровой политики»

Шауро Е.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

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

(должность)

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

(место работы)

(организация действует на основании)

Прошу принять заявку на предоставление платных образовательных услуг в ОАУ «Институт региональной кадровой политики» по дополнительной образовательной программе *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(наименование дополнительной образовательной программы)

в срок с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(сроки проведения обучения)

**Сведения о слушателях**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п.п.** | **ФИО**  **слушателя (полностью)** | **Паспортные данные,**  **ИНН,**  **СНИЛС** | **Место работы должность** | **Место жительства, телефон** | **Сведения об образовании** |
| 1 |  |  |  |  |  |

**РЕКВИЗИТЫ ОРГАНИЗАЦИИ**

Полное наименование организации:

Юридический адрес:

Реквизиты:

ИНН:

КПП:

Р/счет:

Кор/счет:

БИК:

Должность руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП