**ЗАЯВКА**

в Сибирский институт профсоюзного движения

на проведение обучения в сфере охраны труда, пожарной безопасности, ГОиЧС и другим поднадзорным направлениям деятельности организаций

Период обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г.

(указать предпочтительный месяц организации обучения)

Сведения об организации:

|  |  |
| --- | --- |
| Название организации в соответствии с Уставом (полное / краткое) |  |
| * ФИО *(полностью)* * должность лица, подписывающего договор от имени организации *(в соответствии с уставом и штатным расписанием, приказами, доверенностями и тп)* * на основании какого документа действует *(Устав, доверенность, приказ и тп)* |  |
| РЕКВИЗИТЫ ОРГАНИЗАЦИИ | |
| Адрес организации (с указанием индекса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН / КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р/с ; к/с ; л/с (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail организации *(действующий!):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон организации с указание кода города:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер сотового телефона контактного лица, ответственного за формирование заявки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

2. Сведения о слушателях:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью): | Должность (полностью): | СНИЛС  сотрудника | ОТ\* | ПП\* | СИЗ\* | Вид \* программы ДПО  *(см. КП)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* **\*Программа обучения в сфере охраны труда (ОТ)** – укажите буквенное обозначение необходимой программы обучения в соответствии с п. 46 Постановления правительства №2464 – **«А», «Б», «В»**
* \*Программа **обучения оказанию первой помощи пострадавшим (ПП)** – поставьте «+»
* \*Программа **обучения использованию (применению) средств индивидуальной защиты** – поставьте «+»
* **\*Вид программы ДПО** – укажите программу (мы) на которые необходимо зачислить слушателя: **Обеспечение пожарной безопасности, ГО и ЧС, Антитерор, Антикоррупция, Работа в теплоустановках, Электробезопасность и тп**.

Заявку отправлять на электронный адрес: [2174014@mail.ru](mailto:2174014@mail.ru)

Контактный телефон: 8(383) 217-40-14

Заявку направлять в формате word. Подписывать и сканировать не надо!!!