**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): | СНИЛСсотрудника | 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

Контактный телефон: 8(383) 217-40-14

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