Главному врачу ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК

 Босак Н.В.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование организации, )

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

 (юридический, фактический адрес, ИНН/КПП,ОГРН)

**Заявка на обучение**

 Просим Вас заключить договор на оказание платных образовательных услуг, оказываемые учебным центром территориального центра медицины катастроф государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи» министерства здравоохранения Краснодарского края ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК на проведение обучения работников нашей организации согласно приложения к заявке на обучение и личного заявления обучающегося.

Контактное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью, тел.:, адрес электронной почты)

Должность подпись руководителя расшифровка подписи

 Печать организации

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение к заявке на обучение

**Список сотрудников**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Ф.И.О. обучаемого (полностью)** | **Контактный телефон** | **Программа обучения** | **Форма** **обучения** | **Дата****обучения** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Должность подпись руководителя расшифровка подписи

 Печать организации