



УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ПОХОРОННОГО СЕРВИСА И ПОГРЕБАЛЬНОГО ИСКУССТВА

**Заявка
на прохождение обучения**

Название учебной программы (курсов) _____

Дата проведения _____

Заказчик

Организация (указать организационно-правовую форму): _____

ИНН _____ ОГРН _____ КПП _____ БИК _____

Наименование банка _____

р/с _____

кор/с _____

Адрес организации:

Почтовый индекс: _____ Город _____

ул. _____

Дом _____ Корп. _____ Кв. _____

Код города: _____ Телефон: _____ Факс _____ E-mail: _____

Контактное лицо _____

Форма оплаты (наличная/безналичная) _____

Оплату гарантируем:

МП _____ Подпись руководителя _____ (_____)

Паспортные данные слушателя курсов краткосрочного повышения квалификации:

Ф.И.О. обучаемого: _____

Паспорт РФ, серия _____ № _____, выдан (кем, когда) _____

Адрес регистрации (прописка): _____

Контактный телефон: код города: _____ Телефон: _____

E-mail: _____

Заявки на участие принимаются по электронной почте: info@funeraleducation.ru

По факсу: (383) 363-05-00

Телефон для справок: (383) 363-22-22 (доб. 1106, 1114), 8-913-906-02-00