|  |  |
| --- | --- |
|  | **АНО ДПО «Центр пожарной безопасности»**    **236041, г. Калининград, ул. А. Невского, 57**  **Учебный отдел, кабинет № 5**  **тел. 8 (4012) 64-00-11, e-mail:** [**pb@pb39.ru**](mailto:pb@pb39.ru) |

**ЗАЯВКА**

Прошу Вас провести обучение работников организации по программе**: «Использование (применение) средств индивидуальной защиты»**

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **пп** | **ФИО** | **Занимаемая должность (профессия)** | **Образование2** | **Дата рождения1** | **СНИЛС1** | **Гражданство** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

(наименование организации)

**Основной вид деятельности организации** (чем занимается): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Штатная численность организации (чел.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучение (проверка знаний): первичная или повторная (подчеркнуть)

1 Данные необходимые для внесения в реестр ФИС ФРДО.

2 Подтверждающие документы имеются и хранятся в отделе кадров предприятия.

\*с Уставом и локальными актами организации можно ознакомиться на сайте pozhcentr39.ru

Контактное лицо (ФИО, должность):

Телефон контактного лица:

E-mail контактного лица:

ПРОСЬБА вместе с заявкой прислать карточку организации для договора или предоставить следующую информацию:

Название организации:

ИНН/КПП организации:

ОГРН:

Юридический/фактический адрес организации:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

БИК банка:

Должность, ФИО руководителя, на основании чего действует (Устава, доверенности №…):

Телефон, эл. почта приёмной/бухгалтерии:

**Просьба приложить к заявке Перечень средств индивидуальной защиты, применение которых требует от работников практических навыков (п. 38 Правил обучения по охране труда)**