**РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА**

**участника обучения**

*Просьба заполнить форму и направить*

*по электронной почте:* **uc@center-qualitet.ru**

|  |
| --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью):  |
|  |
| Должность: заместитель генерального директора по качеству | Дата рождения:  |
| Базовое образование (наименование и год окончания учебного заведения): |
|  |
| Ученая степень/ученое звание:  |
| Стаж работы:  |
| Дополнительное образование/обучение вопросам менеджмента (с указанием даты обучения и наименования организации, где Вами получено дополнительное образование/обучение): |
| Номер СНИЛС:  |
| Номер страхового медицинского полиса\* |
| Полное наименование организации, оплачивающей Заявку на обучение: |
|  |
| Сокращенное наименование организации-заявителя обучения:  |
|  |
| Договор оформить на имя генерального директора  *(****указать должность и ф.и.о. полностью****)*действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Устава / Положения / Доверенности №… от …. |
| Вид деятельности организации по ОКВЭД (ОК-029):  |
| ИНН  | КПП  |
| Р/с  | Банк  |
| К/с  | БИК  |
| Тел. бухгалтерии:  |  |
| Юридический адрес:  |
| Почтовый адрес:  |
| Код города:  | Телефон:  | Факс:  |
| Контактное лицо (Ф.И.О.):  |
| Должность:  |
| Телефон: | Факс: | E-mail:  |
| **Наименование программы обучения:** | **Даты проведения обучения и форма обучения:**Очное/дистанционное (нужное выделить) |

\* Заполняется только участниками обучения по программам более 50 академических часов