Приложение

Заполняется на бланке организации – участника семинара

# АКАДЕМИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Tel., fax : (351) 268-05-62, 268-05-61, 211-25-55

E-mail: [met2@profacadem.com,](mailto:met2@profacadem.com) [http://www.](http://www/) profacadem.com 454091, г. Челябинск, ул. Свободы, дом 32.

**ЗАЯВКА**

**на оказание информационно-консультационных услуг (семинар)**

|  |
| --- |
| *(Наименование организации по Уставу: полное и краткое (если есть)* |
| *(Юридический / почтовый адрес организации / ИНН/ КПП/ р.сч и кор. сч., наименование банка, БИК)* |
| *(Должность, Ф.И.О. (полностью) руководителя Заказчика и на основании какого документа действует руководитель)* |
| *(Должность, Ф.И.О. (полностью) лица, ответственного за организацию обучения)* |
| *(E-mail / Номер телефона/факса с кодом города)* |
| **Просим организовать обучение сотрудников нашей организации на семинаре** в рамках реализации комплекса мер по развитию эффективных практик оказания комплексной помощи детям группы риска с признаками  расстройства и с расстройством аутистического спектра на ЮЖНОМ УРАЛЕ «Границы мира расширяя» |

**СПЕЦИФИКАЦИЯ УСЛУГ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование образовательных программ/курсов | Кол-во  акад.часов | Кол-во человек | Дата начала оказания услуг  (ориентировочная) | Форма обучения  (очная, очно- заочная, заочная) |
|  |  |  |  |  |  |

**СПИСОК СЛУШАТЕЛЕЙ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью, в именительном падеже) | Фамилия Имя Отчество (полностью, в дательном падеже) | Должность, контактный телефон | E-mail для доступа  (если  необходимо) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |