

Ректору Львівського державного
університету безпеки життєдіяльності
Ковалю М.С.

З А Я В К А
щодо надання освітньої послуги

№ п/п	Прізвище, ім'я та по батькові слухача (повністю в давальному відмінку українською мовою)	Посада слухача	Напрямок навчання:
			Пожежна безпека (навчання посадових осіб – 16 год.; спеціальне навчання (пожежно-технічний мінімум – 24 год.); Охорона праці; Вид напряму за Ліцензійними умовами з надання послуг і виконання робіт протипожежного призначення
1			
2			
3			

Назва організації: _____ тел.: _____ факс: _____

Адреса _____

Керівник організації (посада, П.І.Б – повністю) _____

На якій підставі діє керівник _____

(статут, положення або довіреність (вказати № довіреності та ким видана)

Відповідальна особа підприємства за організацію навчання (П.І.Б. № тел.) _____

Фактична поштова адреса організації:

Банківські реквізити: № рахунку: _____ Банк: _____ МФО: _____ Код ЄДРПОУ: _____ Індивідуальний податковий номер _____

Номер свідоцтва платника ПДВ _____

МП «__» _____ 20__ р. _____ (підпис) _____ (П.І.Б)

До заявки додається копія свідоцтва платника податку підприємства (організації, установи).

Примітка. *Заявка та копія свідоцтва платника ПДВ одночасно направляється на електронну пошту: voilviv@i.ua

*Особи, які направляються на навчання за Ліцензійними напрямами, надають свої фотокартки (розміром 3x4 см, кольорові, на матовому папері – 2 шт.) в перший день навчального процесу організаторам навчання. Фотографії по інших видах навчання (охорона праці та пожежна безпека) **не потрібно**.

*Наша адреса: 79007, м. Львів, вул. Клепарівська, 35, Інститут післядипломної освіти.

*Контактний телефон (факс): (032) – 233-14-68

Організатори навчання: керівник курсів спеціального навчання, доцент Воробйов Олександр Іванович (067) 495-12-09;
старший викладач Інституту Білик Степан Іванович (067) 671-25-71.