

ЗАЯВКА

Повна назва
організації _____

Індекс, адреса, телефони, E-mail. _____

р/р _____

в _____

код ЄДРПОУ _____ МФО _____

Інд. податковий № _____

Свідоцтво про реєстрацію платника податку

№ _____

Директору ТОВ "Галицький центр
пожежного аудиту"

firecenter101@gmail.com

адреса: м. Львів,
пр. Червоної Калини, 35 офіс 217
тел/:

(032) 222-45-46

(093) 322-249-43

ЗАЯВА

Просимо Вас провести спеціальні курси навчання з питань пожежної безпеки (пожежно-технічного мінімуму) працівників нашої організації у кількості ____ осіб.

№ з/п	ПІБ (повністю)	Посада	Вид навчання (згідно переліку)
1			
2			
3			

Перелік:

1. Навчання з питань пожежної безпеки керівників, заступників керівників, інженерно-технічного персоналу, фахівців служб пожежної безпеки підприємств, установ, організацій.
2. Спеціальне навчання з питань пожежної безпеки (пожежно-технічного-мінімуму) працівників підприємств, установ, організацій.

Керівник організації:

(посада)

(підпис)

МП

(ПІБ повністю)

Виконавець:

(посада)

(підпис)

(ПІБ повністю)

Контактний телефон: _____