|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| actek_logo500.png |  | Генеральному директоруООО «АЦ «ТЭК»С.Л. Рябцеву |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВКА** **на прохождение курса дополнительного профессионального образования** **(повышения квалификации)** |
| **1. Наименование организации:** |  |
| **2. Юридический/Почтовый адрес:** |  |
| **3. Телефон, факс, E-mail:** |  |
| **4. Фамилия, имя и отчество контактного лица:** |  |
| Просит Общество с ограниченной ответственностью АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «ТЭК» оказать образовательные услуги по: |
| Наименование дополнительной профессиональной программы(программа повышения квалификации) | Указать форму обучения⃰⃰ |
| Очная | Заочная с применением дистанционных образовательных технологий |
| На территории АЦ «ТЭК» | На территории заказчика |
| *Пример* - Ультразвуковой (УК) |  |  |  |

 Отметить в нужной строке знаком «+», «V».

Специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (должность) (дата рождения)

Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (среднее, среднее профессиональное, высшее)

Приложение к заявке: Карточка организации.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  |  |  |  |
| М.П. |  (Должность) |  |  (Подпись) |  |  (Ф.И.О.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Наименование дополнительной профессиональной программы** |
|
|  | Ультразвуковой (УК) |
|  | Магнитный (МК) |
|  | Капилярный (ПВК) |
|  | Течеискание (ПВТ) |
|  | Электрический (КИ) |
|  | Электрический (ЭХЗ) |
|  | Визуальный и измерительный (ВИК) |
|  | Радиационный (РК) |
|  | Вихретоковый (ВК) |
|  | Тепловой (ТК) |
|  | Вибродиагностический (ВД) |
|  | Акустико-эмиссионный (АЭ) |