**ЗАЯВКА (индивидуальная)**прошу Вас провести обучение по программе

«**Оказание первой помощи» в рамках реализации**

**комплекса «Готов к санитарной обороне» (ГСО)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование показателя | Информация |
| 1 | Фамилия, имя, отчество |  |
| 2 | Дата рождения |  |
| 3 | Документ, удостоверяющий личность (наименование, серия и номер, дата выдачи) |  |
| 4 | Страховое свидетельство (номер) |  |
| 5 | Адрес места жительства (фактический) |  |
| 6 | Основное место работы (учебы) |  |
| 7 | Контактная информация (телефон, e-mail) |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

даю согласие на обработку персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Дата) (Фамилия Имя Отчество)

**Примечание:** Заявку необходимо направить на адрес электронной почты: umo.tcmk@yandex.ru в формате word и pdf с пометкой «Обучение ПП, сдача нормативов ГСО»