**АНКЕТА – ЗАЯВЛЕНИЕ КОНТРАГЕНТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Полное наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя, № свидетельства, данные паспорта):** |  |
| **1.1. Сокращенное наименование юридического лица** |  |
| **2. Сведения о руководителях организации** *(должность,**фамилия, имя, отчество, действует на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |  |
| **3. Предмет договора****(*указать тему образовательной программы)*** |  |
| **4. Количество человек** |  |
| **5. ИНН** *(указывается на основании свидетельства о постановке на учет налогового органа)* |  |
| **6. КПП** |  |
| **7. Юридический и почтовый адрес**  |  |
| **8. Местонахождение фактическое**  |  |
| **9. E-mail** |  |
| **10. Телефон/факс** |  |
| **11. Банковские реквизиты** |  |
| Наименование банка |  |
| Расчетный счет № |  |
| Корреспондентский счет № |  |
| Код БИК |   |
| **12. Контактное лицо (ФИО, номер телефона, е-mail)*****(по вопросам оформления договора*)**  |  |
| **13. Контактное лицо (ФИО, номер телефона, e-mail):** |  |
| **13.1.** **по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения** |
| **-13.2. по вопросам проведения предрейсовых (предсменных), послерейсовых (послесменных) медицинских осмотров** |  |
| **14.Дополнительная информация для обеспечения специальной подготовки медицинского работника (**номер телефона, e-mail медицинского работника**)** |  |
| 14.1.Медицинское образование (высшее или среднее) № диплома  |  |
| 14.2. Указать дату выдачи документа о прохождении специальной подготовки по вопросам проведения предрейсовых (послерейсовых) медицинских осмотров (при наличии) |  |
| 14.3. Указать дату выдачи документа о прохождении специальной подготовки по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (при наличии) |  |
| 14.4. При направлении на обучение нескольких медицинских работников предоставить список с указанием ФИО |  |

 Руководитель /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_ ***М.П.*** дата: «\_\_\_» г.