|  |
| --- |
| (назва підприємства замовника, реквізити, тел. / факс) |

Директору Навчального центру

по підготовці, перепідготовці

та підвищенню кваліфікації кадрів

Сливі В.М.

**Лист-замовлення**

Просимо Вас провести навчання за очною/дистанційною формою навчання та перевірку знань посадових осіб та/або спеціалістів нашого підприємства за курсом:

І. Загальний курс з питань ОП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **ПІБ** | **Посада** | **Кількість днів навчання\*** | **Електронна адреса (обов’язково)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ІІ. Нормативно-правові акти з питань охорони праці (НПАОП)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **ПІБ** | **Посада** | **Позначення та назва НПАОП \*\*** | **Кількість днів навчання** | **Електронна адреса** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Керівник діє на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Статут, довіреність, або положення)

Замовник є платником податку на прибуток \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основний вид діяльності згідно КВЕД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Загальна чисельність працівників підприємства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактна особа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я, по батькові, телефон)

Керівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ (підпис) (прізвище, ініціали)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

\* Не менше одного робочого тижня (5 робочих днів).

\*\* Приклад заповнення графи Позначення та назва НПАОП (НПАОП 0.00-1.83-18 Правила охорони праці під час експлуатації навантажувачів)