**ЗАЯВКА**

на участие в образовательной программе

**«ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИНСПЕКЦИЙ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦЕНЗИРУЕМЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (МЕДИЦИНСКАЯ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ, ПО ОБРАЩЕНИЮ С ОТХОДАМИ**

**I-IV КЛАССА ОПАСНОСТИ»**

образовательная программа предоставляется в записи

*стоимость обучения согласно информации на сайте Учебного центра https://akkredit.ru*

| **Ф.И.О. (полностью, в соответствии с паспортными данными) слушателя, должность**  *для нескольких слушателей необходимо добавить строки ниже, данные каждого слушателя должны быть вписаны в отдельной строке* | **Дата рождения\*** (в формате день, месяц, год) | **СНИЛС\*** | **Электронная почта слушателя, для каждого слушателя ОТДЕЛЬНО!!!** (для регистрации в учебном центре, с целью последующего просмотра материалов курса) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Является ли организация членом АССОЦИАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И ПАРТНЁРСТВА В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ, СТАНДАРТИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВА ИЗМЕРЕНИЙ или кандидатом в члены, оплатившим вступительный и членские взносы за текущий период | | 1 вариант: Да, взносы за текущий период оплачены  2 вариант: НЕТ  *Нужное необходимо оставить, ненужное удалить* | |
| Подтверждаем взаимное согласие на обмен юридически значимыми документами в электронном виде. Технические средства и возможности позволяют принимать и обрабатывать электронные формы документов. Обмен документами в электронном виде осуществляется по телекоммуникационным каналам связи через систему электронного документооборота Контур Диадок | | 1 вариант: Да, подверждаем  2 вариант: НЕТ  *Нужное необходимо оставить, ненужное удалить* | |
| **Полное наименование юридического лица** |  | | |
| **Сокращенное наименование юридического лица** |  | | |
| **ИНН/КПП/ОГРН** |  | | |
| **Уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц (при наличии)** |  | | |
| **Название должности, Ф.И.О. лица (***ПОЛНОСТЬЮ***), уполномоченного подписать договор, документ основания (Устав, приказ…)** |  | | |
| **Юридический адрес, с указанием индекса** |  | | |
| **Адрес для направления почтовой корреспонденции** |  | | |
| **№ расчетного счета** |  | | |
| **Наименование банка, местонахождение банка** |  | | |
| **БИК банка** |  | | |
| **№ корр. счета банка** |  | | |
| **Дата составления заявки** |  | | |
| **e-mail организации (обязательно)** |  | | |
| **Контактный телефон организации** |  | | |
| **Контактный телефон ответственного по обучению сотрудников (обязательно)** |  | | |

***\*Указание в заявке даты рождения и СНИЛС слушателя необходимо для внесения данных об обучении в ФИС ФРДО.***

***Без наличия данных в федеральном реестре будет невозможно подтвердить легитимность документа об обучении в ходе процедур аккредитации, подтверждения компетентности и государственного контроля.***

Руководитель организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

(должность) (ФИО)

Заполненную заявку в формате word необходимо направить на e-mail [**tc@nooirf.ru**](mailto:tc@nooirf.ru)

К заявке необходимо приложить согласие на обработку персональных данных на каждого обучающегося, оригинал согласия необходимо направить по адресу: 664039, г. Иркутск, а/я 91, получатель: ООО «ПННЦ»

**Согласие на обработку персональных данных**

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

*фамилия, имя, отчество*

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*место жительства в соответствии с паспортом*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*паспорт: серия, номер, кем и когда выдан*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с целью выполнения требований образовательных стандартов, а также в соответствии с федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года №152-ФЗ:

настоящим даю согласие ООО «ПННЦ» (ИНН 3812522817), на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обработку, перевод в электронный формат, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление моих персональных данных (имя, фамилия, отчество, пол, дата рождения, гражданство, адрес проживания, электронный почтовый адрес, контактный телефон, регион проживания, регион осуществления трудовой деятельности, работодатель (название, адрес, электронный почтовый адрес, контактный телефон), сведения о трудовой деятельности , сведения о воинской обязанности и военной службе, образование, профессия, квалификация (степень), специальность (направление подготовки), почетные и воинские звания, сведения о наградах, учёные звания и степени, данные об образовательных программах в которых принимал(а) участие), а также иных, предоставленных мною, моих персональных данных для подготовки статистических материалов, составления отчетности по обучавшимся, обратной связи со мной.

Даю согласие на публикацию моих персональных данных в реестре держателей методик и сертификатов о специальной подготовке, а также в реестре выданных документов об обучении (имя, фамилия, отчество (при наличии)) в части полученных документов об образовании (номер, регистрационный номер, дата, название образовательной программы).

Даю согласие на предоставление моих персональных данных (имя, фамилия, отчество (при наличии)) в части полученных документов об образовании (номер, регистрационный номер, дата, название образовательной программы) экспертному сообществу, Федеральной службе по аккредитации в рамках прохождения процедуры аккредитации, подтверждения компетентности, государственного контроля.

Не возражаю против автоматизированной обработки моих персональных данных (с применением технических средств) и без применения технических средств (на бумажном носителе).

Выражаю свое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на получение указанною мною электронную почту новостной рассылки

*(согласие/несогласие)*

АССОЦИАЦИИ НООИ (ИНН 9701112830) и ее официальных партнеров ООО «ПННЦ» (ИНН 3812522817), ООО «НП МСИ» (ИНН 5029256117), ООО «ЦКП» (ИНН 3812164456) в соответствии с Федеральными законами от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе». (Настоящее согласие дано с целью оперативного получения новостей, специальных предложений, направленных на продвижения товаров, услуг).

Настоящее согласие вступает в силу с момента подписания.

Настоящее согласие даю без ограничения срока его действия.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия (заказное почтовое отправление с уведомлением).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

*Фамилия, имя, отчество Подпись Дата*