

# НА БЛАНКЕ ПРЕДПРИЯТИЯ

Директору  
Санкт-Петербургского филиала АСМС  
Черных. Ю.В.  
E-mail: [study@spbasmc.ru](mailto:study@spbasmc.ru)  
Факс: (812) 598-90-67

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В обучении по повышению квалификации

Наименование организации (полное и краткое)	
Юридический адрес организации (с индексом)	
Фактический адрес организации (с индексом)	
Должность, Ф.И.О. (полностью) руководителя, подписывающего договор, действующего на основании (устава, положения, доверенности (№ и дата), др.)	
ИНН/КПП	
Дополнительная профессиональная программа, сроки	<b>Актуальные вопросы технического регулирования и стандартизации в Российской Федерации и Евразийском экономическом союзе с 20 по 25 марта 2023 года</b>
Форма обучения	
Количество обучающихся специалистов, Ф.И.О., образование, должность.	
Ф.И.О. контактного лица, телефон	
Оплата за повышение квалификации (наличный или безналичный расчет)	
Факс	
E-mail	
Для оформления счета указать, кто Заказчик-Плательщик-	
Банковские реквизиты организации для заключения договора	БИК Код отрасли по ОКПО Расчетный счет Корреспондентский счет Полное наименование банка

Руководитель  
М.П

### ВНИМАНИЕ!!!

Дополнительно, до начала обучения, необходимо предоставить копию документа о базовом образовании, копию СНИЛС и заполненную анкету.

# ВХОДНАЯ АНКЕТА

Программа обучения: «Актуальные вопросы технического регулирования и стандартизации в Российской Федерации и Евразийском экономическом союзе»

Даты прохождения обучения: 20-25 марта 2023г.

1. Фамилия \_\_\_\_\_.

(Если не склоняется – подчеркнуть)

2. Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

3. СНИЛС \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_

4. Число, месяц и год рождения \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
кол.во полных лет

5. Образование\* (специалисты должны иметь высшее или среднее профессиональное образование)

5.1. Высшее: (Указать ВУЗ и год окончания): \_\_\_\_\_

бакалавриат \_\_\_\_\_

специалитет \_\_\_\_\_

магистратура \_\_\_\_\_

5.2. Среднее профессиональное \_\_\_\_\_

6. Место работы (название и адрес организации) \_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_

8. Стаж работы в области метрологии \_\_\_\_\_ (указать даты: месяц, год)

9. Общий стаж работы \_\_\_\_\_ (указать даты: месяц, год)

10. Контактные телефоны:

рабочий ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
код города номер телефона

мобильный \_\_\_\_\_

мобильный на время обучения \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

(разборчиво)

11. Я, \_\_\_\_\_ паспорт се-  
рия \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_  
(кем выдан)

проживающий(ая) (по паспорту) по адресу: \_\_\_\_\_ даю

Санкт-Петербургскому филиалу федерального государственного автономного образова-  
тельного учреждения дополнительного профессионального образования «Академия стан-  
дартизации, метрологии и сертификации (учебная)», зарегистрированному по адресу:  
194292, г. Санкт-Петербург, проспект Культуры, дом 26, корпус 1 (далее – оператор), со-  
гласие на обработку своих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: формирование личного дела слушателя.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия,  
имя, отчество, число, месяц, год рождения, сведения об образовании, месте работы, занима-  
емой должности, стаже работы, номера телефонов, Email.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается со-  
гласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление или измене-  
ние), использование, блокирование, уничтожение.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем сме-  
шанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с момента подписания и может  
быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письмен-  
ной форме по адресу: 194292, г. Санкт-Петербург, проспект Культуры, дом 26, корпус 1.

Мне разъяснены мои права в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся у Оператора, я предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложных сведений.

В случае отзыва настоящего Согласия, Оператор вправе обрабатывать мои персо-  
нальные данные в случаях и в порядке, предусмотренных Федеральным законом «О персо-  
нальных данных» и действующим законодательством.

Дата заполнения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 года

Личная подпись \_\_\_\_\_