**Заявка на участие**

**в программе тренинга**

*(направляется не позднее одного месяца до начала тренинга)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество |  |
| Должность |  |
| Организация |  |
| Контакт –телефон, факс, эл. почта |  |
| Тема тренинга |  |
| Даты тренинга |  |
| Город, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Данные* *для направления заявки*  | *эл. почта ipt@kaliningrad-cci.ru* *факс +7 4012 590664*  |

*После получения заполненной Заявки Вам будет направлен договор*