З А Я В К А

на участие в городском конкурсе

среди работников организаций города Когалыма

«Оказание первой помощи пострадавшим на производстве»

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование организации |  |
| Полное наименование адреса |  |
| Осуществляемые виды деятельности |  |
| Ф.И.О. участника конкурса |  |
| Должность (профессия) участника |  |
| Рабочий или мобильный телефон (для связи) |  |
| E-mail |  |
| Ф.И.О. ответственного лица работодателя и контактный телефон |  |

С порядком проведения Конкурса ознакомлены и согласны. Достоверность представленных нами сведений гарантируем.

Согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. участника конкурса)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 .

(подпись) (Ф.И.О. руководителя организации)

МП