Ректору Томского государственного университета

Эдуарду Владимировичу Галажинскому

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу заключить договор на оказание дополнительных образовательных услуг и зачислить в число слушателей в Институт дистанционного образования

по программе «**НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ**» (36 часов)

с 25.10.2017 по 10.11.2017.

Стоимость обучения \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.

Оплату за обучение гарантирую.

Даю согласие Томскому государственному университету на электронную обработку своих персональных данных.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заказчик**  **(плательщик)** |  |  | **Потребитель** |
|  |  | **Фамилия** |  |
|  |  | **Имя** |  |
|  |  | **Отчество** |  |
|  |  | **Дата рождения** |  |
|  |  | ***Паспорт*: серия, номер** |  |
|  |  | **Выдан: кем, когда** |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ***Адрес проживания*:**  **Индекс, регион** |  |
|  |  | **Населенный пункт** |  |
|  |  | **Улица, дом, квартира** |  |
|  |  | **Телефон** |  |
|  |  | **E-mail** |  |
|  |  | **Место работы** |  |
|  |  | **Должность** |  |
|  |  | **Ученая степень (при наличии)** |  |
|  |  | **Ученое звание (при наличии)** |  |
|  |  |  |  |