Начальнику отдела сопровождения научных и образовательных программ

ФГБНУ ВИЗР

Изосимовой А.А.

Прошу зарегистрировать меня для участия в семинаре «Диагностика возбудителей бактериозов картофеля и ряда других сельскохозяйственных культур» в срок с 13 по 17 ноября 2023 года

|  |  |
| --- | --- |
| Ф. И. О. (полностью) |  |
| Паспорт | серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес регистрации/проживания |  |
| Дата, год и место рождения |  |
| Должность |  |
| Уровень образования (высшее, среднее профессиональное, среднее общее) |  |
| Контактный телефон,e-mail |  |

Оплату за обучение гарантирую произвести в течение 3 (трех) календарных дней с момента подписания Договора.

*ФИО Подпись*