**ЗАЯВКА на участие**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Образование |  |
| Название вуза |  |
| Дата окончания вуза |  |
| Стаж работы после получения высшего образования |  |
| Место работы в настоящий момент |  |
| Место проживания (населенный пункт, район) |  |
| Согласие на участие в образовательном курсе с условием последующего  получения статуса налогового  консультанта |  |
| Контактный телефон |  |
| Адрес электронной почты |  |