Приложение 2

Заявка[[1]](#footnote-2)

на участие в онлайн–школах здоровья

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Тема школы | Наименование организации | Адрес | Количество участников |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ФИО ответственного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Заявки направлять на адрес электронной почты: opozocozmp@gmail.com. [↑](#footnote-ref-2)