

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СОВРЕМЕННЫЙ БИЗНЕС КОЛЛЕДЖ»

**Адрес:** 143306, Московская обл., г. Наро-Фоминск, ул. Ленина 28, E-mail: [sbk.nf@mail.ru](mailto:sbk.nf@mail.ru), www.sbk-nf.com

Тел./факс 8(49634)-150-69, 8(49634) 4-48-22, 8(49634)-3-28-35.

**Лицензия** серия 50 Л 01 № 0006969 от 25.12.2015 г., выданная Министерством образования Московской области.

**Свидетельство о государственной аккредитации** 50 А 01 № 0000252 от 03.02.2020 г. выданное Министерством образования Московской области.

**Уведомление об отказе заявителя о предоставлении услуги**

|  |
| --- |
| **ЧОУ СПО «Современный бизнес колледж»** |

(наименование образовательной организации)

|  |
| --- |
| **Вихляевой Ирине Валентиновне** |

(директору образовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. заявителя

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места регистрации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

фактический адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Почтовый адрес (при необходимости)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес электронной почты)

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

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

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

Отказываюсь от запроса о предоставлении услуги «Прием на обучение в образовательные организации Московской области, реализующие программы среднего профессионального образования на 2020/2021 учебный год» от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Заявитель Подпись Расшифровка