

№ п/ п	Наименование образовательных услуг	Уровень образовательной программы	Форма предоставления услуг (индивидуальная, групповая)	Наименование программы курса	Количество часов		Стоимость	
					в неделю	всего	в час	в месяц

Полная стоимость образовательных услуг за весь период обучения составляет _____

Подписи сторон

Исполнитель
 МАОУ СОШ №37 г. Томска
 Адрес: 634063 г. Томск,
 ул. С.Лазо 22
 ИНН 7020014357
 КПП 701701001
 Отделение Томск/УФК по
 Томской области, г. Томск
 БИК 016902004
 40102810245370000058 (единый
 банковский счет)
 03234643697010006500 (единый
 казначейский счет)
 УФК по Томской области, г. Томск
 (ДФ АТ МАОУ СОШ №37 г.
 Томска ЛС30920ШК370057)
 ОКТМО 697010001

Заказчик

 Фамилия, имя, отчество
 (при наличии)

 Дата рождения

 Адрес (адрес места жительства)

 Паспорт: серия, номер,
 когда и кем выдан

 Телефон

Обучающийся, достигший
 возраста 14 лет, являющийся
 стороной договора

 Фамилия, имя, отчество
 (при наличии)

 Дата рождения

 Адрес (адрес места жительства)

 Паспорт: серия, номер,
 когда и кем выдан

 Телефон

Директор

_____ Иванов А.В.

Подпись _____

Подпись _____