

**Организатору экзаменов
по экзаменационной программе CAP/CIPA
в Молдове**

От кого:

Плательщик: _____
(полное, без сокращений, название предприятия, организации)

Город: _____

Контактное лицо: _____

Телефон/факс: _____

**Заявление на переоформление
оплаты взноса за участие в экзамене(ах) CAP/CIPA**

Примечание: заявление на переоформление принимается не позднее даты окончания регистрации на текущую экзаменационную сессию.

Данным заявлением просим учесть изменения в списке участников, направленных на экзамены. Взнос за участие в экзамене(ах) по счету – фактуре за № _____, от _____/_____/2024 года.

Из списка участников, регистрирующихся на экзамены, просим исключить, согласно с прилагаемыми документами, (заявление участника(ов) о снятии с регистрации, изменении экзаменов) следующего(их) участника(ов) _____

_____.

Просим внести в список участников, регистрируемых на экзамены, следующего(их) участника(ов) _____

согласно прилагаемым карточкам регистрации.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество участника)

Дата: _____/_____/2024 года.