Главному врачу

ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

профессору М.А. Лысенко

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

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

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

**ЗАЯВКА**

Прошу предоставить путевку на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации по теме

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

*(название программы)*

в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

на условиях оказания платных образовательных услуг.

**О себе сообщаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование ВУЗ,  год окончания |  |
| Специальность по диплому ВУЗ |  |
| Интернатура/ординатура, специальность, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка, специальность, год окончания |  |
| Стаж работы по специальности  (указать должность и стаж) |  |
| Гражданство |  |
| Дата рождения |  |
| Контактный телефон |  |
| Е-mail |  |

**Прилагаю копии документов:**

1) Копия диплома об окончании ВУЗ;

2) Копия документа об окончании интернатуры/ординатуры (при наличии) не сертификат!

3) Копия диплома о профессиональной переподготовке (при наличии);

4) Копия трудовой книжки или справка с места работы.

**Паспортные данные для оформления договора:**

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Оплату за обучение гарантирую.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

(Дата) (Подпись) (Фамилия И.О.)

**Примечание:** При отсутствии возможности прибыть для заключения договора лично в ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Сосновая, д. 11, стр. 2, кабинет 329, договор об оказании платных образовательных услуг высылаются на электронную почту, указанную в заявлении.