

**БЛАНК или ШТАМП организации**

Главному врачу  
«ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ»  
профессору М.А. Лысенко

**ЗАЯВКА**

Прошу предоставить место(а) на условиях оказания платных образовательных услуг на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации по теме

*(название программы)*

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

для специалиста(ов):

<b>№ п/п</b>	<b>ФИО специалиста</b>	<b>Должность специалиста</b>
1		
2		
3		

**Приложение: Сведения о специалисте(ах) на 1 л.**

**ОПЛАТУ ГАРАНТИРУЕМ**

**Заказчик:**

**Полное название:**

**Сокращенное название:**

**Юридический адрес:**

**Банковские реквизиты:**

**ОГРН:**

**ИНН:**

**КПП:**

**ОКПО:**

**Расчетный счет:**

**БИК:**

**Корр. Счет:**

**Генеральный директор** \_\_\_\_\_ **(И.О. Фамилия)**

М.П.