\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Главному врачу государственного учреждения «Республиканский клинический стоматологический центр – Университетская клиника»

Неденю В.Ч.

Заявка на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Фамилия, имя отчество (если имеется) полностью, должность, место работы

прошу Вас заключить договор на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов по профилю образования «Здравоохранение и социальная защита», направлению образования «Здравоохранение» по образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной программы)

(в соответствии со Сводным планом реализации образовательных программ дополнительного образования взрослых для руководящих работников и специалистов здравоохранения с высшим медицинским, фармацевтическим образованием на 2025 год:

Предпочтительный период повышения квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(месяц, квартал, полугодие)

Оплату гарантирую.

Контактный телефон (с кодом оператора): +375\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложения: Анкета для заключения договора к заявке на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов на 1 л. в 1 экз.

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

 (должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Приложение

АНКЕТА

для заключения договора к заявке на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов

|  |
| --- |
| **ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ СЛУШАТЕЛЯ\*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
|  |
| Имя |  |
|  |
| Отчество (если имеется) |  |
|  |
| Контактный телефон |  |
|  |
| E-mail: |  |
|  |
| Место работы |  |
|  |
| Занимаемая должность |  |

**Сведения об образовании слушателя:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование УВО, УССО |  |
|  |
| Дата окончания |  |
|  |
| Диплом:  | серия |  | № |  | Дата выдачи |  |

**Документ, удостоверяющий личность слушателя:**

|  |  |
| --- | --- |
| Гражданство |  |
|  |
| Вид документа  |  |
|  | (паспорт, вид на жительство, удостоверение беженца) |
| серия |  | номер |  | идентификационный № |  |
|  |
| Дата выдачи |  | Орган, выдавший документ |  |