|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу государственного учреждения «Республиканский клинический стоматологический центр – Университетская клиника»  |
|  | Неденю В.Ч. |
| **Заявка**на оказание образовательных услуг по освоению образовательной программы обучающих курсов |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(указать наименование образовательной программы)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО (полностью) слушателя** *на русском языке в именительном падеже* |  |
| **Прозвішча, імя, імя па бацьку (цалкам)** *на беларускай мове ў назоўным склоне* |  |
| **Место работы** |  |
| **Должность** |  |
| E-mail (слушателя) |  |
| Телефон мобильный (слушателя) в формате +375 – код оператора – ххх хх хх  |  |
| **Оплата за обучение** производится за счет:  |  |
| организации (указать полное наименование юридического лица, местонахождение, банковские реквизиты)*(при оплате юридическим лицом)* |  |
| средств физического лица |  |
| Договор об оказании услуг при реализации образовательных программ на платной основе *(указать – трехсторонний или двухсторонний)* |  |

Договор об оказании услуг при реализации образовательных программ на платной основе и акт об оказанной услуге по обучению (обучающие курсы) будут направлены в ответ на Вашу заявку по электронной почте.

Оплата услуги за обучение по образовательной программе обучающих курсов осуществляется до начала учебных занятий.