Форма №1

|  |  |
| --- | --- |
| НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ  адрес:  телефон/факс:  E-mail:  ИНН/КПП  (заявка подается на официальном бланке организации) | **Заместителю директора по НМО**  **Института НПР**  **ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ**  **Минздрава России**  **В.Л. Калининой** |

**Заявка**

**на образовательные услуги по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов**

Просим Вас зачислить на профессиональный/тематический (указать нужный) цикл повышения квалификации : «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

СЛУШАТЕЛЬ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО слушателя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Паспортные данные: | | | | | | | | | | | | | | | |
| серия |  | | | номер | |  | | Дата выдачи |  | | | Код подразделения | | |  |
| Паспорт выдан: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ГРАЖДАНСТВО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрация по месту жительства: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата регистрации: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Регион: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Район: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Населённый пункт: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Улица: | |  | | | | | | | | дом № |  | | квартира№ |  | |
| Контактный телефон (сотовый) | | | | | | |  | | | | | | | | |

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантируем.

Приложение: Карточка предприятия

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

Исполнитель Ф.И.О.

контактный телефон