Форма №1

|  |  |
| --- | --- |
| НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИадрес: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