|  |
| --- |
| **БЛАНК или ШТАМП организации** |

Ректору ЯГМУ академику РАН

профессору А.Л.Хохлову

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

прошу предоставить путёвку на условиях оказания платных образовательных услуг на обучение по программе повышения квалификации

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

(наименование программы)

на кафедре\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кафедры)

в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. для специалиста:

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

(фамилия, имя, отчество)

**Сведения о специалисте:**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения, ДД.ММ.ГГГГ,  Номер СНИЛС |  |
| Наименование вуза год окончания |  |
| Специальность по диплому |  |
| Интернатура/ординатура, специальность, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка, специальность, год окончания |  |
| Стаж работы по специальности  (указать специальность и стаж) |  |
| Гражданство |  |
| Контактный телефон |  |
| Е-mail |  |

**Паспортные данные специалиста для включения в договор:**

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С правилами приема ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись слушателя)

**ОПЛАТУ ГАРАНТИРУЕМ**

Реквизиты Организации:

|  |
| --- |
| Юридический адрес: |
| Почтовый адрес:  ОГРН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОКТМО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Расчётный счёт: |
| в (наименование банка)  Корреспондентский счёт  БИК |

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

Должность руководителя подпись ФИО

М.П.