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

Главному врачу

«ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ»

профессору М.А. Лысенко

**ЗАЯВКА**

Прошу предоставить место(а) на условиях оказания платных образовательных услуг на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации по теме

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

*(название программы)*

в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

для специалиста(ов):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО специалиста** | **Должность специалиста** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**Приложение: Сведения о специалисте(ах) на 1 л.**

**ОПЛАТУ ГАРАНТИРУЕМ**

**Заказчик**:

**Полное название:**

**Сокращенное название:**

**Юридический адрес:**

**Банковские реквизиты:**

**ОГРН:**

**ИНН:**

**КПП:**

**ОКПО:**

**Расчетный счет:**

**БИК**:

**Корр. Счет:**

**Генеральный директор** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(И.О. Фамилия**)

 М.П.