

Директору ФГБУ «РЦСМЭ»
Минздрава России
доктору медицинских наук, профессору
И.Ю. Макарову

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ
по программе повышения квалификации**

Наименование
программы

Срок обучения

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в данной заявке, о чём свидетельствует моя подпись.

Фамилия, имя, отчество (полностью)	Документ об образовании (№, серия, когда и кем выдан)
Индекс, почтовый адрес	
Контактный телефон с телефонным кодом населенного пункта	
Номер мобильного телефона	
Адрес электронной почты	

Оплату в полном объеме гарантирую.

Приложение: копия паспорта.

Слушатель _

Подпись (с расшифровкой)

Дата