**БЛАНК ОРГАНА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Ректору**

**ИУВ ФГБУ**

**«НМХЦ им. Н.И. Пирогова»**

**Минздрава России**

**Борщеву Г.Г.**

Уважаемый Глеб Геннадьевич!

Прошу Вас зачислить по договору об оказании платных образовательных услуг

на цикл очного/дистанционного дополнительного профессионального обучения (профессиональной переподготовки, повышения квалификации) (нужное указать)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(название цикла)

с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по «\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

врача (медицинскую сестру, фельдшера)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/Ф.И.О./

Оплату гарантируем.

Для оформления договора предоставляем:

1) Банковские реквизиты организации

2) Информация о подписанте договора (ФИО, основание)

3) Желаемая дата заключения договора

4) ФИО, номер телефона, адрес электронной почты контактного лица

Подписи руководителя организации и главного бухгалтера с расшифровкой, заверенные печатью учреждения.