**Ректору**

**ИУВ ФГБУ**

 **«НМХЦ им. Н.И. Пирогова»**

**Минздрава России**

**Борщеву Г.Г.**

**От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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)

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

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись дата