

Директору ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО  
РМАНПО Минздрава России

Д.м.н., профессору А.И.Кислову

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

врача- \_\_\_\_\_  
(специальность)

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон (сот.) \_\_\_\_\_

## З а я в л е н и е

Прошу разрешить обучение на цикле \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование цикла)

сроки обучения с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на платной основе.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

.....

Договор № \_\_\_\_\_