|  |  |
| --- | --- |
| от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | Директору Российской академии «МЕДДПО»(ООО «МедАльянс»)Романенковой Елене Александровне |

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

**Прошу зачислить на условиях оказания платных образовательных услуг следующих специалистов:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО сотрудников**  | **Должность** | **Цикл**(ПК / ПП) | **Программа обучения** |
| 1. | Иванов Иван Иванович | врач-стоматолог | повышение квалификации | **«Стоматология»**  |
| 2. | Попова Елена Петровна | врач-стоматолог | повышение квалификации | **«Стоматология»** |

 **Оплату за обучение в сумме** 00 000 ( ) **руб. гарантируем.**

**Сведения о специалисте** (заполняется на каждого заявленного сотрудника):

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. (полностью) | Иванов Иван Иванович |
| Телефон мобильный | +7 (999) 999-99-99 |
| Электронная почта | 123456@mail.ru |
| Паспортные данные | Паспорт серия 00 00 № 00000 выдан УФМС России г. Челябинска 15.09.2008 г.  |
| СНИЛС / ИНН | 000-000-000 00 / 1234567890 |
| Наименование образовательного учреждения, который закончил, год окончания | Медицинский колледж г. Москва  |
| Специальность по диплому | Стоматология |
| Интернатура / ординатура (для ВО) |  |
| Профессиональная переподготовка по специальности, год окончания |  |
| Стаж работы по специальности  | 10 лет |
| Гражданство | РФ |

ПРИМЕЧАНИЕ: Убедитесь в правильности заполнения заявки. Проверьте заявку на наличие ошибок. Данные сведения будут указаны в Договоре и выдаваемых документах так, как вы их укажите в заявке. При наличии ошибок удостоверения могут оказаться недействительными.

Руководитель Ф.И.О. подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

**Сведения об организации:**

**Наименование организации:** ООО «Ромашка»

**Отраслевая принадлежность:** Стоматологические услуги

**Юридический адрес:** индекс, город, улица, дом

**Фактический адрес:** индекс, город, улица, дом

**Реквизиты организации: ИНН** 0000000000 **КПП** 000000000 **р/с** 00000000000000000000

**в банке** ПАО Сбербанк г. Москва **БИК** 000000000  **к/с** 00000000000000000000

**Директор организации** Ф.И.О. (полностью) **действует на основании** Устава

**Контактное лицо:** Ф.И.О. (полностью) **Должность** специалист отдела кадров

**Телефон контактного лица:** +7 (999) 999-999-99 **E-mail:** 2565513@mail.ru