Директору Российской академии «МЕДДПО»

(ООО «МедАльянс»)

Романенковой Елене Александровне

от Иванова Иван Ивановича

Зарегистрированного (ой) по адресу: 454000, г.Челябинск, пр-т Ленина, д.21, кв.21

паспорт серия 00 00 № 000000

дата выдачи 01.10.2000

выдан Отделом УФС по Центральному р-ну в г.Челябинске

тел. +7 999 999 999

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на рассрочку платежа**

Прошу предоставить мне рассрочку оплаты за образовательный цикл повышения квалификации по программе Терапия

следующим образом:

дата платежа 01.10.2020 г. - 5 000 (пять тысяч) руб. 00 коп.

дата платежа 15.10.2020 г. – 4 200 (четыре тысячи двести) руб. 00 коп.

**Примечание:** прописать условия (помесячно, в два платежа с конкретными датами или иным образом)

 Оплату за обучение в сумме 9 200 (девять тысяч двести) руб. 00 коп. гарантирую произвести до 15.10.2020 г.

\_\_\_\_\_\_**V**\_\_\_\_\_\_\_/ Иванов Иван Иванович «28» сентября 2020 г.

 (подпись) (ФИО) (дата заполнения)

Виза руководителя ООО «МедАльянс»:

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

(согласовано / не согласовано)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата визы) (подпись) (ФИО)