заполнить в WORD, распечатывать не нужно

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу зачислить меня на программу повышения квалификации **«Патология шейки матки, влагалища и вульвы с основами кольпоскопии и широкополосной радиохирургии»**.

Форма обучения: очная c элементами ДО, срок **с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

О себе сообщаю следующее:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.**  полностью в соответствии с паспортными данными в именительном падеже |  |
| **Контактный телефон**  **Электронная почта** | тел.:  e-mail: |
| **Паспортные данные** | серия  номер  выдан  дата выдачи |
| **Дата рождения**  **Возраст** |  |
| **Место жительства и регистрации**  **Фактический адрес** | страна, индекс, точный адрес |
| **Сведения об образовании**  название ВУЗа, факультет/специальность, квалификация, № диплома, год окончания/ дата выдачи | ПОЛНОЕ наименование ВУЗа  факультет/специальность:  квалификация:  № диплома:  дата выдачи: |
| **Интернатура/ ординатура**  **Проф.переподготовка** | специальность:  год окончания:  № диплома: |
| **Город, место работы, должность, стаж работы по специальности**  ПОЛНОЕ наименование предприятия |  |
| **СНИЛС** страховой номер индивидуального лицевого счет |  |
| **Данные документа об изменении фамилии**/**имени**  при необходимости |  |
| **Реквизиты**  **при оплате юридическим лицом (работодателем)** | **Заполнять при оплате юридическим лицом (работодателем)**  **!!!реквизиты организации**  - Наименование организации (полностью)  - ФИО (полностью) главврача или др. лица, имеющего право подписи  - Основание (Устав, доверенность №)  - Адрес  - Банковские реквизиты  ИНН/ КПП  р/с  к/с  БИК  Контактное лицо Заказчика, тел., e-mail |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласен(а) на обработку, проверку моих персональных данных, заявление действительно в печатном и электронном виде (согласие действует на весь срок действия договора об оказании образовательных услуг и до истечения 5 лет с момента окончания предоставления образовательной услуги).  Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.  С организационно-финансовыми условиями обучения, правилами обучения, сроком предоставления комплекта вступительных документов **ОЗНАКОМЛЕН(А)** | | | | |
|  |  | подпись |  |  |

*Личная подпись поступающего дата*

**Ваши действия**

1. **Заполнить** в электронном виде заявление на обучение и отправить на почту [elenakdc@yandex.ru](mailto:elenakdc@yandex.ru) или [dpo@fotek.ru](mailto:dpo@fotek.ru).

Договор, акт, счет оформляем мы, на основании Вашего заявления.

2. **Приехать** в первый день **ОЧНОГО** обучения по адресу:

Учебный центр ООО «НПФ «ФОТЕК»», г. Екатеринбург, ул. Малышева, 145а, литер А, каб. 101 к 10.00 ч.

**3. Привезти с собой**:

халат и сменная обувь, ручка, блокнот для записей и предоставить копии документов (в 1 день очных занятий):

* копия диплома о профессиональном образовании (ВУЗ)
* удостоверение об окончании интернатуры или ординатуры
* при наличии профессиональной переподготовки, повышении квалификации – сертификат и удостоверение
* страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
* копия трудовой книжки или справка с места работы на фирменном бланке предприятия о подтверждении общего стажа работы и функциональных обязанностях
* для юридических лиц (**за кого оплачивает работодатель**) привезти **ОРИГИНАЛ** договора, приложений и акта с подписью и печатью работодателя.

**По вопросам обучения обращаться:**

ГБОУ ВПО «УГМУ» Минздрава РФ

Куратор: Росюк Елена Александровна, к.м.н, доцент кафедры акушерства и гинекологии,

тел: +7 902 2656385, e-mail: [elenakdc@yandex.ru](mailto:elenakdc@yandex.ru)

Учебный центр ООО «НПФ «Фотек»»

Руководитель: Батакова Ирина, тел. +7 922 1873813, e-mail: [dpo@fotek.ru](mailto:dpo@fotek.ru)

fotek.ru/education/

dpo.fotek.ru