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 номервыдандата 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 ВУЗафакультет/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 реквизитыИНН/ КППр/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 или 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

Учебный центр ООО «НПФ «Фотек»»

Руководитель: Батакова Ирина, тел. +7 922 1873813, e-mail: dpo@fotek.ru

fotek.ru/education/

dpo.fotek.ru