\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Главному врачу государственного учреждения «Университетская стоматологическая клиника»

Корзун О.К.

Заявка на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов

Прошу Вас заключить договор (а) на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов по профилю образования «Здравоохранение и социальная защита», направлению образования «Здравоохранение» по следующим образовательным программам (в соответствии с утвержденным Сводным планом повышения квалификации и переподготовки руководителей и специалистов здравоохранения Республики Беларусь, утвержденный Министром здравоохранения Республики Беларусь):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя отчество (если имеется) сотрудника (полностью) | Должность | Наименование образовательной программы  (полностью) | Предпочтительный период повышения квалификации  (месяц, квартал, полугодие) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Оплату гарантируем.

Контактное лицо (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон (с кодом оператора) +375\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложения: Анкета для заключения договора к заявке на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов на 1 л. в 1 экз.

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

(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Приложение

АНКЕТА

для заключения договора к заявке на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов

|  |
| --- |
| **ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ СЛУШАТЕЛЯ\*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
|  | |
| Имя |  |
|  | |
| Отчество (если имеется) |  |
|  | |
| Контактный телефон |  |
|  | |
| E-mail: |  |
|  | |
| Место работы |  |
|  | |
| Занимаемая должность |  |

**Сведения об образовании слушателя:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование ВУЗа, ССУЗа | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Дата окончания | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Диплом: | серия |  | | № |  | Дата выдачи |  |

**Документ, удостоверяющий личность слушателя:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гражданство | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Вид документа | | | |  | | | | | |
|  | | | | (паспорт, вид на жительство, удостоверение беженца) | | | | | |
| серия | |  | номер | |  | | идентификационный № | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Дата выдачи | | |  | | | Орган, выдавший документ | |  | |

|  |
| --- |
| **СВЕДЕНИЯ О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование юридического лица |  | |
|  | | |
| Юридический адрес: |  | |
|  | | |
| Почтовый адрес: |  | |
|  | | |
| Телефон (с кодом населенного пункта): |  | |

**Сведения о руководителе или лице, уполномоченном на подписание договора:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия |  | |
|  | | |
| Имя |  | |
|  | | |
| Отчество (если имеется) |  | |
|  | | |
| Должность |  | |
|  | | |
| Действует на основании |  | |
| (устав, доверенность и др.) | | |

**Сведения о банке плательщика:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование банка |  | |
|  | | |
| IBAN |  | |
|  | | |
| BIC |  | |
|  | | |
| УНП |  | |
|  | | |
| ОКПО |  | |
|  | | |
| Валюта платежа |  | |