|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\user\Desktop\Менеджер КО\Мед Стандарт_лого RGB.png | **ООО « Медицинский стандарт», 603101, г. Нижний Новгород, пр. Молодежный, д.31 корпус 5, помещение 1, т.(831) 435-33-33, e-mail: manager@med-standart.org, ОГРН 1145256006917, ИНН 5256132894, КПП 525601001, р/с 40702810242000043725 в ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК, к/с 3010181090000000603, БИК 042202603[www.med-standart.org](http://www.med-standart.org),** |

Генеральному директору

ООО «Медицинский стандарт»

Козлову Д.В.

Заявление по договору

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_-от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Прошу принять на обучение в очной форме по программе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в кол-ве \_\_\_\_\_\_\_ ак./часов

 (название специализации в соответствии с учебным планом)

Персональные данные поступающего:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия Имя Отчество (полностью) |  |
| 2 | **Дата рождения (день/месяц/год)**  |  |
| 3 | Гражданство |  |
| 4 | СНИЛС |  |
| 5 | Документ, удостоверяющий личность |   |
| 6 | Телефон (с указанием кода города) |  |
| 7 | Почтовый адрес (с указанием кода города) |  |
| 8 | Электронная почта |  |
| 9 | Образование |  |
| 10 | Специальность по диплому |  |
| 11 | Квалификация по диплому |  |
| 12 | Вид документа об образовании |  |
| 13 | Форма оплаты |  |

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

подпись

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.