

Главному врачу
ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ»
д.м.н., профессору Галкину В.Н.

От:

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	серия _____ № _____
Дата рождения _____	Когда и кем выдан: _____
Место рождения _____	_____
_____	СНИЛС _____

Адрес и вид регистрации: _____

Почтовый адрес: _____

телефон _____ e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу при приеме меня на обучение по программам ординатуры по специальности _____, учесть в качестве результатов вступительного испытания - результат тестирования в рамках первичной аккредитации в 202__ г

Поступающий:

(подпись)

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 2023 г.