

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 зачислить меня на обучение по программам **ординатуры по специальности** _____ по очной (дневной) форме обучения на места с полным возмещением затрат (платная основа) / по целевому направлению (нужное подчеркнуть).

Поступающий:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 2023 г.