Председателю комиссии по допуску к осуществлению медицинской деятельности

или фармацевтической деятельности на

должностях специалистов со средним медицинским или средним

 фармацевтическим образованием

(Фамилия И.О.)

от

 (Ф.И.О. полностью)

(курс, специальность)

Контактный тел.:

Email:

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу Вас допустить меня к сдаче экзамена по допуску к осуществлению медицинской / фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним

(подчеркнуть)

медицинским / фармацевтическим образованием.

(подчеркнуть)

К заявлению прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

1. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)
2. Справка об обучении (справка о периоде обучения)/ копия диплома о высшем медицинском образовании

серия №

выдан

дата выдачи

1. Иных документов

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

(подпись)