**Форма направления на обучающие курсы**

**за счет средств направляющей организации**

*(На бланке организации)*

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

д.м.н., профессору

Пристрому А.М.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

 полное название организации здравоохранения

направляет

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

 Фамилия, имя, отчество (полностью) должность

на обучающие курсы по образовательной программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(указать предпочтительные сроки)на

Оплату гарантируем.

Договор о платных услугах в сфере образования прилагается.

В общежитии нуждаемся (не нуждаемся).

Руководитель И.О.Фамилия

 подпись

Главный бухгалтер И.О.Фамилия

 Подпись

Контактный телефон