

/На офіційному бланку закладу (або кутовий штамп)/

В. о. ректора Донецького національного
медичного університету, д. мед. н.,
професорці Майї ЄРМОЛАСВІЙ

КЛОПОТАННЯ

Адміністрація _____ клопоче про виділення путівки
на _____
назва закладу охорони здоров'я
цикл _____ за фахом « _____
_____ » з _____ року по _____ року
за кошти _____ лікарю- _____
_____ .
посада, прізвище, ім'я, по батькові лікаря, якого направляють на курс

Посада керівника

Підпис

Ініціал ПРІЗВИЩЕ

Номер телефона, електронна пошта та ПІБ виконавця