

Т.в.о. директора КЗ ООБМФК
Оксані ЯЦУК

П.І.Б.

посада

місце роботи

адреса реєстрації

№ телефону (вайбер)

ЗАЯВА

Прошу зарахувати мене слухачем на цикл спеціалізації
«_____»,
що проводяться у Комунальному закладі «ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
БАЗОВИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ» з «___» _____ 202_
року по «___» _____ 202_ року на платній основі.

Зобов'язуюсь:

- дотримуватись правил внутрішнього розпорядку закладу;
- виконувати навчальний план та вимоги курсу;
- своєчасно здійснити оплату відповідно до встановлених реквізитів.

Даю інформаційну згоду на обробку моїх персональних даних
відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

До заяви додаю:

1. копію паспорта;
2. копію диплома про закінчення закладу вищої або фахової передвищої освіти;
3. квитанція про оплату.

«___» _____ 20__ р.

(підпис)

**Комунальний заклад «Одеський обласний базовий
медичний фаховий коледж»**

Р/р №UA198201720314251003201021287

в ДКСУ м. Київ

МФО 820172

ЄДРПОУ 02011506

Сплата за цикл Спеціалізації (назва) П.І.Б.