Т.в.о. директора КЗ ООБМФК
Оксані ЯЩУК

_____
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.