

Председателю Комиссии по допуску к
осуществлению медицинской деятельности на
должностях врачей-стажеров Богомоловой Е.С.

от

ординатора _____

обучающегося по специальности

кафедра _____

телефон _____

электронная почта _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу допустить к осуществлению медицинской деятельности
на должности врача-стажера.

Настоящим даю согласие на обработку моих персональных данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)