Федеральный аккредитационный центр

высшего медицинского образования, высшего

и среднего фармацевтического образования,

а также иного высшего образования

ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  | дата рождения |
|  | страховой номер индивидуального лицевого счета |
|  |  |
|  | e-mail |
|  | телефон |
|  |  |
|  |  |
|  | индекс, почтовый адрес |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование вида документа, серия и номер документа, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа) |

Заявление

Прошу предоставить выписку из протокола номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Выписку прошу направить на электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись дата