**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
 Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»  
 Факультет повышения квалификации и переподготовки кадров**

Почтовый адрес университета: 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83  
Контактный телефон деканата: (8017) 207-94-93.

**1-я кафедра внутренних болезней**

Адрес кафедры: ул. Уборевича, 73, УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска  
Контактный телефон кафедры: (8017) 340-42-33

**НАПРАВЛЕНИЕ № 145/200**

Дано: ГУ "РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова"  
для обучения на ПК №145 Диагностика и лечение экссудативных макулярных заболеваний (для врачей-офтальмологов, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения).  
Срок проведения: 08.11-12.11.2021

Декан факультета повышения квалификации и переподготовки кадров О.А.Теслова  
21.12.2021

Командируется:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество, должность (заполнять печатными буквами)  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись, И.О.Фамилия руководителя организации)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
 Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»  
 Факультет повышения квалификации и переподготовки кадров**

Почтовый адрес университета: 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83  
Контактный телефон деканата: (8017) 207-94-93.

**1-я кафедра внутренних болезней**

Адрес кафедры: ул. Уборевича, 73, УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска  
Контактный телефон кафедры: (8017) 340-42-33

**НАПРАВЛЕНИЕ № 145/201**

Дано: ГУ "РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова"  
для обучения на ПК №145 Диагностика и лечение экссудативных макулярных заболеваний (для врачей-офтальмологов, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения).  
Срок проведения: 08.11-12.11.2021

Декан факультета повышения квалификации и переподготовки кадров О.А.Теслова  
21.12.2021

Командируется:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество, должность (заполнять печатными буквами)  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись, И.О.Фамилия руководителя организации)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
 Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»  
 Факультет повышения квалификации и переподготовки кадров**

Почтовый адрес университета: 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83  
Контактный телефон деканата: (8017) 207-94-93.

**1-я кафедра внутренних болезней**

Адрес кафедры: ул. Уборевича, 73, УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска  
Контактный телефон кафедры: (8017) 340-42-33

**НАПРАВЛЕНИЕ № 145/202**

Дано: ГУ "РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова"  
для обучения на ПК №145 Диагностика и лечение экссудативных макулярных заболеваний (для врачей-офтальмологов, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения).  
Срок проведения: 08.11-12.11.2021

Декан факультета повышения квалификации и переподготовки кадров О.А.Теслова  
21.12.2021

Командируется:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество, должность (заполнять печатными буквами)  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись, И.О.Фамилия руководителя организации)