Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Антонова Альбина Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Веселова Ольга Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Ганина Ирина Васильевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Гузеева Ольга Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Деренова Нина Анатольевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Дрожжина Светлана Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Дроздова Оксана Андреевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Збарская Руфина Юрьевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Злобина Марина Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Изделеева Гульнара Жмановна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Кобер Вера Николаевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Кожемякина Надежда Вадимовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Комарова Ольга Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Корнева Виктория Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Косарева Татьяна Вячеславовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Лагутин Константин Витальевич

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Лученко Инна Вячеславовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Маслова Марина Анатольевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Медведева Наталия Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Метюшина Светлана Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Мицуков Анатолий Сергеевич

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Моди Екатерина Юрьевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Ольшанникова Марина Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Перова Надежда Анатольевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Пискарева Ольга Евгеньевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Поликарпова Ия Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Рябушкина Ольга Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Самусенко Наталья Петровна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Семенова Елена Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Смирнова Кристина Юрьевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Степанюк Анна Борисовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Суслякова Елена Валерьевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Сынтин Михаил Виталиевич

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Тарасевич Екатерина Витальевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Тимошенко Татьяна Валентиновна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Тузкова Галина Павловна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Фогилева Анна Игоревна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Ханова Жанна Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Холмина Людмила Евгеньевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Хохлова Ольга Олеговна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Худякова Наталья Аркадьевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Шардаева Вероника Николаевна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Щукина Галина Федоровна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Яниди Юлия Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Контактный телефон: +7( )

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации Лабораторное дело в рентгенологии

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_