Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Авдонин Сергей 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 Баутина Татьяна 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 Белкова Ольга 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 Булатова Эльвира Ринатовна

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 Гусарова Марина 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 Денисова Любовь Геннадьевна

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 Дугарова Дашима 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 Козакова Марина Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Новопоселковая, д.15А, кв.19

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 Кудеяр Алексей 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 Малицкая Елена 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 Трубина Оксана Валериевна

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 Федосеева Ольга 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 Холодкова Анна 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_