**Форма заявки на обучение в УСЦ ГБУЗ «ССМП»**

( для медицинских организаций Забайкальского края)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. Главному врачу ГБУЗ «ССМП»

Н.Н.Коновалову

**Заявка на обучение**

по программе «Оказание первой помощи в экстренных ситуациях»;

**симуляционно-тренинговому циклу:**

- «Оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе» (20 час, очная форма)

- «Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» (40 час, очная форма)

- «Организация приема и передачи вызовов выездным бригадам СМП» (40 час, очная форма) ***(ненужное-зачеркнуть)***

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации полностью |  |
| Наименование организации сокращенно |  |
| Юридический адрес |  |
| Почтовый адрес |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| ОГРН |  |
| Расчетный счет |  |
| Корр. счет |  |
| БИК |  |
| Банк |  |
| Должность руководителя организации |  |
| ФИО руководителя полностью |  |
| На основании чего действует руководитель |  |
| Телефон руководителя |  |
| e-mail руководителя |  |
| Контактное лицо ФИО полностью |  |
| Должность контактного лица |  |
| Телефон контактного лица |  |
| e-mail контактного лица |  |

Просим Вас зачислить в группу на обучение следующих лиц:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО полностью | Должность | Специальность |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

Согласие на обработку персональных данных сотрудников, указанных в заявке в целях заключения договора и оформления документов об обучении, получено.

Руководитель (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/

М.П. Подпись