ЗАЯВКА

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование образовательной программы повышения квалификации  |  |
| Сроки обучения |  |
| Организация, направляющая на обучение |  |
| e-mail |  |
| Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) слушателя |  |
| гражданство |  |
| должность |  |
| Телефон мобильный (слушателя)  | + 375-код оператора-хххххx |
| Полное наименование организации-плательщика |  |
| Оплата производится за счет (нужное подчеркнуть) | средств бюджета | средств небюджета | собственных средств |

 Заполненную заявку необходимо выслать на e-mail: obraz.center@medcenter.by

 После получения заявки мы свяжемся для уточнения деталей и направим договор на указанный e-mail

Направляя заявку, вы соглашаетесь на обработку персональных данных согласно [Политики в отношении обработки персональных данных](https://medcenter.by/wp-content/uploads/2024/01/politika-v-otnoshenii-obrabotki-personalnyh-dannyh.pdf)