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)