**Активная ссылка на форму заявки 2**

ЗАЯВКА

*(подается за 2 недели до начала обучения)*

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

Заполненную заявку необходимо выслать на e-mail: оbraz.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 Политике (ссылка на раздел «Информация» на Политику в отношении обработки персональных данных)