**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)