



Московский
клинический
научный центр

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
«МОСКОВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ А.С. ЛОГИНОВА
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ» (ГБУЗ МКНЦ ИМЕНИ А.С. ЛОГИНОВА ДЗМ)
111123, г. Москва, ш. Энтузиастов д. 86, тел.: 8 495 304 30 39, 8 495 304 3040, info@mknc.ru, сайт: www.mknc.ru

**Директору ГБУЗ МКНЦ
имени А.С. Логинова ДЗМ,
члену-корреспонденту РАН,
профессору И.Е. Хатькову**

от
Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Контактный тел.: _____

e-mail: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____, номер _____, выдан: ____/____/____ г.

Документ о предыдущем уровне образования:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче вступительных испытаний для зачисления в ординатуру на договорной основе по специальности «_____»

Начало учебного года с «___» _____ 20___ г.

Согласен(а) на обработку персональных данных. С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, другими локальными нормативно-правовыми актами ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ в части, касающейся организации образовательной деятельности и правового положения ординатора, ознакомлен(а).

«___» _____ 20___ года

_____/_____
подпись (расшифровка подписи)

Заместитель директора
по образовательной деятельности

_____ А.Б. Абдураимов