В Федеральный аккредитационный центр среднего медицинского образования

ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индекс, почтовый адрес

Заявление

Прошу предоставить выписку из протокола от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выписку прошу направить на электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

дата подпись