В федеральный аккредитационный центр среднего медицинского образования

ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

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

Дата рождения

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

Страховой номер индивидуального лицевого счета

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

Контактный телефон

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

Индекс, почтовый адрес

Заявление

Прошу предоставить выписку о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения мной аккредитации специалиста по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (протокол от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_).

Выписку прошу выдать мне следующим способом (нужное отметить):

* выдать лично аккредитуемому при обращении в ФАЦ СМО по адресу по адресу: город Москва, ул. Лосиноостровская, д. 2;
* выдать представителю аккредитованного лица при наличии доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации, при обращении представителя в ФАЦ СМО по адресу по адресу: город Москва, ул. Лосиноостровская, д. 2;
* направить аккредитуемому по почте заказным письмом с уведомлением о вручении по адресу: индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица / проспект \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_, кв.\_\_\_.

дата подпись\_\_\_\_\_\_\_\_