**Заявка**

|  |
| --- |
| **Наименование медицинской организации** |
| **№** | **ФИО специалиста** | **Специальность (специальности) согласно сертификату** | **Дата выдачи сертификата (месяц и год)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Заполненную заявку необходимо направлять на электронный адрес:**

**eks-24@mail.ru**