**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**](mailto:eks-24@mail.ru)