Директору ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», Зыряновой Ульяне Викторовне

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

(ваши ФИО полностью)

зарегистрированн (ого/ой) по адресу:

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

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

телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе

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

(указать *наименование программы*)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся Института дополнительно образования «Медэксперт», Правила приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Я осведомлен о том, что для получения образовательных услуг в ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», требуется наличие исправного компьютера, с программами поддерживающими форматы: .docx, .pdf, .pptx. Подтверждаю, что данные форматы поддерживаются, компьютер имеет бесперебойный доступ к сети Интернет (рекомендуемая скоростью соединения 15 Мбит/сек. и выше) и установлена компьютерная программа для просмотра веб-страниц в сети Интернет (браузер) один из следующих: MS Edge, Chrome, Yandex, Mozilla.

□ Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящего заявления, а также всех моих необходимых для зачисления документов имеет юридическую силу оригинала.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись, расшифровка)

Даю согласие на сбор и хранение в течение 5-ти лет моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" обществом с ограниченной ответственностью «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», находящегося по адресу: г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 21а, пом. 131 с целью обеспечения и ведения образовательного процесса, гражданско-правового и трудового взаимодействия

□ Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящего согласия, а также всех моих необходимых для зачисления документов имеет юридическую силу оригинала.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Директору ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»»,

Зыряновой Ульяне Викторовне

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

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

(ваши ФИО)

**Данное заявление заполняется в случае необходимости отправки документов почтой России**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отправить мои документы (нужное подчеркнуть):

Удостоверение о повышении квалификации

Сертификат специалиста

Диплом о профессиональной переподготовке

почтой, по адресу:

индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

область/край :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населённый пункт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ дома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ квартиры/офиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кому:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Лист ознакомления**

**с системой аккредитации, как процедурой допуска к осуществлению медицинской деятельности**

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2018 г. N 898н “О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. N 1043н”, лица, получившие после 1 января 2020 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки, разработанным на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или) высшего образования к результатам освоения образовательных программ, подлежат процедуре аккредитации.

После освоения программы профессиональной переподготовки в ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», специалисты получают диплом о профессиональной переподготовке, после чего проходят процедуру аккредитации в аккредитационном центре, после прохождения которой, получают свидетельство об аккредитации (заменяющее сертификат специалиста).

**Аккредитацию специалистов с высшим медицинским образованием осуществляет Ассоциация «Красноярская медицинская палата».**

**Аккредитацию специалистов со средним медицинским образованием осуществляет КРОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским образованием».**

**Выдачу свидетельств об аккредитации производит Министерство здравоохранения.**

**С информацией ознакомлен:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О.** | **Программа обучения** | **Желаемые сроки прохождения аккредитации\*** | **Подпись** | **Дата** |
|  |  |  |  |  |  |

**\*сроки прохождения аккредитации устанавливает Министерство Здравоохранения Красноярского края. Ваши пожелания, по возможности, будут учтены.**

**Заполняется и направляется в формате Word**

Форма заявки для юридического лица (медицинской организации)

Карточка предприятия для формирования договора

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование контрагента, организации |  | |
| В лице, действующего на основании |  | |
| Вариант оплаты (нужное выделить) | 100% авансовый платеж в течение 10 (десяти) календарных дней после подписания настоящего договора | |
| Оплата производится на основании счета и подписанного обеими сторонами акта выполненных образовательных услуг | |
| за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) в срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Форма обучения (нужное выделить) | Очно-заочная | Заочная, с применением дистанционных технологий |
| Ответственное лицо, должность |  | |
| Реквизиты заказчика |  | |

**В таблице ниже укажите информацию о слушателях, количество не ограничено.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. слушателя полностью | Адрес регистрации | Номер телефон, электронная почта | Наименование программы по специальности | Период обучения или желаемая дата зачисления, часы |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**Заполняется и направляется в формате Word**

Форма заявки для физического лица (самостоятельная оплата)

Карточка заказчика

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество |  | |
| Адрес регистрации по паспорту |  | |
| Номер телефона и электронная почта |  | |
| Паспортные данные | Серия и номер: | |
| Выдан кем и когда: | |
| Наименование программы |  | |
| По специальности |  | |
| Часы |  | |
| Период обучения |  | |
| Форма обучения (нужное выделить) | Очно-заочная | Заочная, с применением дистанционных технологий |