**Форма направления на обучающие курсы**

**за счет средств направляющей организации**

*На бланке организации*

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Гуревичу Г.Л.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

полное название организации здравоохранения

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (полностью), должность (полностью)

на обучение по образовательной программе обучающих курсов «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

полное название образовательной программы обучающих курсов

с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Необходимость в общежитии (гостинице): да (нет).

Стоимость обучения составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ белорусских рублей.

Оплату гарантируем.

Договор о платных услугах в сфере образования прилагается.

Руководитель И.О.Фамилия

 подпись

Главный бухгалтер И.О.Фамилия

 подпись

Контактный телефон