Директору ИВМ РУДН В.В. Уразову

слушателя

фамилия

имя

отчество

**Заявление.**

**Прошу выслать мне**

диплом о профессиональной переподготовке,

удостоверение о повышении квалификации

сертификат об обучении

по программе **«Квантовый магнитно-резонансный биоанализатор (КМРБА) и приборы частотной коррекции в медицинской и оздоровительной практике»**

подразделение ДПО РУДН **Институт Восточной Медицины**

количество часов **36** ак.ч.

период обучения с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_\_\_\_\_ г по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20**\_\_\_\_\_г

**по адресу**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **индекс** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **область** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **район** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **населенный пункт** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **улица** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **дом** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **квартира** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| контактные телефоны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ (*заполняет слушатель)***

|  |  |
| --- | --- |
| *… если плательщик***физическое лицо** | *… если плательщик***юридическое лицо** |
| *номер договора* |  | *наименование организации плательщика* |  |
| *дата подписания договора* |  | *договор №* |  |
|  |  | *дата подписания договора* |  |
|  |  | *счет №* |  |
|  |  | *платежное поручение №* |  |

 \*

подпись дата

\*Подписывая, соглашаюсь с тем, что моментом вручения документа об обучении считается дата его передачи Университетом во ФГУП «Почта России» для дальнейшей доставки по указанному адресу.

**Подтверждение поступления оплаты в ИВМ *(заполняет экономист)***

ФИО слушателя

Обучение согласно договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г

Оплата поступила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист финансового отдела ИВМ

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

 дата