**ФОРМА ЗАЯВКИ на обучение в образовательном симуляционном центре**

**ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование образовательной программы** |  | |
| **Желаемый период обучения** |  | |
| **Образование слушателя** |  | |
| **Организация, направляющая на обучение** |  | |
| **Место работы, должность** |  | |
| **Фамилия, имя, отчество** |  | |
| **Серия и номер паспорта, идентификационный номер, дата выдачи, кем выдан** |
| **Адрес регистрации/проживания** |
| **Контактный телефон** |  | |
| **e-mail:** |  | |
| **Полное наименование организации - плательщика** |  | |
| **Юридический адрес:** |  | |
| **Почтовый адрес:** |  | |
| **Телефон/факс (с кодом населенного пункта):** |  | |
| **Фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного на подписание договора; на основании какого документа действует** |  | |
| **Банковские реквизиты плательщика** | IBAN (BYN) |  |
| наименование  банка |  |
| BIC |  |
| УНП |  |
| ОКПО |  |
| **Оплата производится за счет и (указать):** | средств бюджета / собственных средств организации | |

Заполненную заявку необходимо выслать на e-mail: [simcenter@vip-clinic.by](mailto:simcenter@vip-clinic.by)

После получения заявки мы свяжемся с Вами для уточнения деталей и отправим договор на указанный Вами e-mail за 2 недели до начала обучения