



**МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АКАДЕМИЯ**

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ»
127018, г. Москва, ул. Образцова, д.21А
Телефон: 8 (800) 551 20 68
Электронная почта: info@dmaedu.org
Веб-адрес: http://dmaedu.org/

УТВЕРЖДАЮ:

Директор АНО ДПО
«Медико-Стоматологическая
Академия»


/Опарко А.А.
«___» _____ 20__ г

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

о приёме на обучение и сдачу сертификационного экзамена для физических лиц

АНО ДПО «Медико-
Стоматологическая Академия»

от _____

(ФИО полностью)

Прошу провести обучение и сертификацию на цикле (профессиональной переподготовки/ повышения квалификации) по теме: _____

_____ с «___»
_____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Оплату в сумме _____ (_____) до «___» _____ 20__ г.

гарантирую.

Паспорт:	
Серия:	
Номер:	
Кем выдан:	
Когда выдан:	
Адрес места жительства (по документу):	
Тел.:	
Эл.почта:	

Подпись _____
Дата: _____