



**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»
/Огарко А.А.
_____ 20__ г.



ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

о приеме на обучение и сдачу сертификационного экзамена для юридических лиц

АНО ДПО «Медико-
Стоматологическая Академия»

№ _____ / _____
« ____ » _____ 20__ г.

(Наименование организации) просит провести обучение и сертификацию на цикле
(профессиональной переподготовки/ повышения квалификации) по теме:

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

следующих сотрудников (ФИО, должность): _____

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

гарантируем.

Наши реквизиты:

Полное наименование организации	
Сокращённое наименование организации	
Юридический адрес:	
Фактический адрес:	
ИНН:	
КПП:	
ОГРН:	
Банковские реквизиты:	
Банк:	
Расчётный счет:	
БИК:	
Кор. счет:	
Тел:	
Эл.почта:	
ФИО, должность руководителя организации:	

Подпись _____