

Директору Некоммерческого Партнерства
«Центр Постдипломного Образования
«ДентМастер» (профессорская
стоматологическая клиника) Шеплеву Б.В. от
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Место рождения _____
Гражданство _____
Пол _____
Документ, удостоверяющий личность _____
Серия, номер _____
Кем и когда выдан _____
Место фактического проживания _____
Место регистрации _____
Контактный номер телефона _____
Электронная почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня в Некоммерческое Партнерство «Центр Постдипломного Образования «ДентМастер» (профессорская стоматологическая клиника) для обучения на платной основе по программе дополнительного профессионального образования – повышение квалификации по теме

в период с « » 2021г. по « » 2021г.

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности ознакомлен(а): _____

Подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что образовательная программа, на которой я обучаюсь, или ее часть(и) может реализовываться с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: _____

С Правилами приема и условиями обучения в Некоммерческом Партнерстве «Центр Постдипломного Образования «ДентМастер» (профессорская стоматологическая клиника)» ознакомлен(а): _____

На обработку своих персональных данных согласен (согласна) _____

Дата, ФИО, подпись