

Ректору автономной некоммерческой организации
дополнительного профессионального образования
"Медицинская дистанционная академия"
А.В. Будкиной

630060, г. Новосибирск, Зеленая горка 1/16, АНО
ДПО "Медицинская дистанционная академия "

ФИО: **УКАЗЫВАЕТЕ ПОЛНОСТЬЮ**
Место работы: **УКАЗЫВАЕТЕ МЕСТО РАБОТЫ**
Занимаемая должность: **УКАЗЫВАЕТЕ ДОЛЖНОСТЬ, НАПРИМЕР, заведующий аптечным пунктом**
Контактный телефон(ы): **ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОЛЕ**
Адрес проживания (для переписки): **УКАЗЫВАЕТЕ ПОЛНОСТЬ, НАПРИМЕР, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Берёзовая, дом 13, кв.2**
Электронный адрес: **указываете Ваш e-mail**

Заявление

Прошу зачислить меня в автономную некоммерческую организацию дополнительного профессионального образования "Медицинская дистанционная академия" в качестве слушателя по дополнительной образовательной программе повышения квалификации **ПИШИТЕ НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ «Современные аспекты работы фармацевтов» (обратите ВНИМАНИЕ у ВАС может быть другая программа: «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ»)** в объеме 144 часа с _____ по _____. (Уточните период Вашего обучения у сотрудников МДА по телефону 8 800 250 11 40)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования серия 54 Л01 № 0003778 рег. № 10282 от 03 мая 2017 г., выданной Министерством образования и науки Новосибирской области, и приложением к ней, Уставом АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», правилами приема и отчисления, условиями оплаты и иными локальными актами, регулирующими образовательную деятельность в АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», ознакомлен(а).

«__» _____ 2017 г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка)

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (Ф.И.О., дата и место рождения, адрес места проживания, паспортные данные, информацию о гражданстве и об образовании, e-mail и номер телефона), а именно – совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, с целью осуществления обучения, обеспечения охраны здоровья и создания благоприятных условий для развития личности, информационного обеспечения управления учреждением.

Подтверждаю, что действую свободно, по своей воле, с Положением о персональных данных АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия» ознакомлен(а).

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

«__» _____ 2017 г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка)