В Федеральный аккредитационный центр

высшего медицинского образования, высшего

и среднего фармацевтического образования,

а также иного высшего образования

ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

Заявление

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения

страховой номер индивидуального лицевого счета

e-mail

номер телефона

индекс, почтовый адрес

сведения о документе, удостоверяющем личность

(наименование вида документа, серия и номер документа, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

Прошу предоставить выписку из протокола номер от \_ 2023 г.

(место проведения наименование образовательной организации)

по специальности

Выписку прошу направить на электронную почту.

|  |  |
| --- | --- |
| подпись | дата |