

Заявка должна быть представлена на бланке организации

Ректору
Института усовершенствования врачей
ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России
Шалыгину Л.Д.

105203, г. Москва,
ул. Нижняя Первомайская, д. 65.
факс: (499) 464-44-63
электронная почта: ezhibert@yandex.ru

Уважаемый Леонид Дмитриевич!

Просим Вас принять для обучения на цикле «Менеджмент крови
пациента» (36 часов) с « ____ » _____ 20 __ г. врача Иванова И.И.

Оплату гарантируем.

Просим выслать в наш адрес Договор об оказании платных
образовательных услуг и счет за оказание образовательных услуг.

Наши банковские реквизиты: (указать полностью).

С уважением,

(подпись руководителя организации и печать)