

**Комиссия Департамента здравоохранения
города Москвы по организации целевого
приема и целевого обучения**

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (контактный телефон)

Адрес: _____

e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в целевую ординатуру по специальности

« _____ »
(указать специальность)

В _____

_____ (указать наименование учреждение)

С условиями договора о целевой подготовке за счет средств федерального бюджета/целевой контрактной подготовке за счет средств бюджета города Москвы ознакомлен(а).

_____ (дата)

_____ (подпись)