Главному врачу

ГБУЗ СК «ПМПТД»

 Л.В. Романенко

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название учреждения)

Заявка

Прошу Вас провести подготовку медицинских работников

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название медицинского учреждения)

по программе (нужное указать)

«Первичная специальная подготовка медицинских сестер (фельдшеров) по проведению внутрикожных иммунологических тестов (Манту с 2 ТЕ и аллергена рекомбинантного-Диаскинтест), вакцинации и ревакцинации БЦЖ (БЦЖ-М)», объем – 18 ч.

Или

«Периодическая специальная подготовка медицинских сестер (фельдшеров) по проведению внутрикожных иммунологических тестов (Манту с 2 ТЕ и аллергена рекомбинантного-Диаскинтест), вакцинации и ревакцинации БЦЖ (БЦЖ-М)», объем – 6 ч.

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Список сотрудников прилагается (№ п/п Ф.И.О. должность)

Оплату гарантируем.

Реквизиты учреждения прилагаются.

М.П. Подпись ФИО руководителя МО

ФИО исполнителя

Контактный телефон