**ПЕЧАТАЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ПРЕДПРИЯТИЯ**

с указанием банковских реквизитов

Главному врачу

государственного учреждения  
«Гомельский областной центр  
гигиены, эпидемиологии  
и общественного здоровья»

Белому С.А.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Об участии в семинаре

Прошу зарегистрировать участие в обучающем областном семинаре «Требования санитарно-эпидемиологического законодательства к организациям здравоохранения стоматологического профиля» в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек с консультированием по актуальным вопросам.

*(1-2 человека по одному заявлению)*

1. ФИО (полностью) участника семинара:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
2. ФИО (полностью) участника семинара:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактное лицо: ФИО

Контактный телефон: рабочий, мобильный, факс

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительные вопросы, требующие консультирования и рассмотрения на семинаре\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Оплату гарантируем.

Подпись руководителя Расшифровка подписи

Подпись главного бухгалтера Расшифровка подписи