Информация о заключении в 2016 году договоров на целевое обучение в ГБОУ ВПО"Пермский государственный медицинский университет им. академика Вагнера" Минздрава России по программам специалитета.

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" в 2016 году Министерством здравоохранения Пермского края будут заключаться договоры на целевое обучение по программам высшего образования (специалитета) по следующим специальностям:

- лечебное дело;

- педиатрия;

- стоматология.

Заключение договоров будет проводиться весной 2016 года.

В настоящее время принимаем у граждан, желающих заключить Договор заявку по форме, приложенной к настоящей информации.

Заявки принимаем по адресу: г. Очер, ул. Ленина, 85а. каб. 306, - Чазова Вера Павловна тел. 8-34-278-3-23-09

Приложение: форма заявки.

Главный врач ГБУЗ ПК «Очерская ЦРБ» Э.В. Розанова

Приложение

ЗАЯВКА

на заключение договора о целевом обучении

по программам высшего образования "Специалитет" в

ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России

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

Фамилия

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

Имя

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

Отчество

Дата рождения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Паспорт: серия: \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

(кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий (ая) по адресу (согласно регистрации по месту жительства):

Почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Муниципальный район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении по направлению подготовки

**Лечебное дело/ Педиатрия/ Стоматология**

(нужное подчеркнуть)

Место трудоустройства (указывается при наличии гарантийного письма ГУЗ ПК)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Согласен(на) на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении»

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_\_г . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись