

ДО
ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР НА
„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ТОКУДА“ ЕАД

ПРОКУРИСТА НА
„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ТОКУДА“ ЕАД

ЗАЯВКА

за участие в курсове за продължаващо обучение

от

.....
(име, презиме, фамилия)

.....
(№ УИН)

Заявявам желанието си за включване в курс №:

.....
.....
(номер и наименование на курса от Програмата на „АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ТОКУДА“ ЕАД

с продължителност дни, с начало

Месторабота и длъжност на кандидата:

Специалност:

Телефон, e-mail адрес и адрес за контакт:

Подпис: