ДО

ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР НА

„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ТОКУДА“ ЕАД

БУЛ. „Н. ВАПЦАРОВ” 51Б, СОФИЯ 1407

**ЗАЯВКА**

**за участие в тематични курсове за**

**продължаващо и индивидуално обучение**

**Уважаеми Господин Директор,**

(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 и адрес за контакт: .......................................................................

.........................................................................................................................

ПОДПИС: ..............................................................