Приложение

к Порядку

реализации мероприятий

муниципальной программы

«Создание условий для оказания

высококвалифицированной экстренной

и неотложной медицинской помощи

населению города Бийска»

Форма

исх. \_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_ 202\_\_\_

В Администрацию города Бийска

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

полное наименование учреждения здравоохранения

сообщает, что договор целевого обучения по программам высшего

медицинского профессионального образования с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество врача-заявителя

не заключался.

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

Должность руководителя подпись фамилия, имя, отчество

учреждения здравоохранения

М.П.

Ю.А. Баженов, управляющий делами.