|  |  |
| --- | --- |
|  | И.о. ректора ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России  профессору А.Г. Сонису  от студента (ординатора, врача) … группы … факультета (кафедра, мед. учреждение)  ФИО (полностью) |
| Заявление  Прошу допустить меня к экзамену по допуску лиц к осуществлению фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним фармацевтическим образованием:  *фармацевт*  (для лиц, освоивших образовательную программу высшего образования по специальности "Фармация" в объеме трех и более курсов или имеющие диплом специалиста по специальности "Фармация").  Дата Подпись  Телефон | |