|  |  |
| --- | --- |
|  | И.о. ректора ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава Россиипрофессору А.Г. Сонисуот студента (ординатора, врача) … группы … факультета (кафедра, мед. учреждение)ФИО (полностью) |
| ЗаявлениеПрошу 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 ПодписьТелефон |