

Директору Пятигорского филиала  
ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ  
В.Л. Аджиенко

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью  
обучающегося (завершившего обучение, отчисленного) В

\_\_\_\_\_ наименование образовательного учреждения

по специальности «Фармация» на \_\_\_\_ курсе,  
проживающего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ индекс почтового отделения и почтовый адрес

Контактный телефон (моб.) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить к сдаче экзамена по допуску к осуществлению фармацевтической деятельности на должностях среднего фармацевтического персонала в соответствии с приказом МЗСР РФ от 19.03.2012 г. N 239н.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, с.3451) согласен(на). « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись

---

Заполняется секретарем комиссии:

Допущен (не допущен на основании \_\_\_\_\_ )  
к экзамену.

Секретарь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.