**ЗАЯВКА1**

**на участие в профессиональном конкурсе «Специалист**

**по лучевой диагностике» в категории «Рентгенолаборант»**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации |  |
| Фамилия, имя, отчество конкурсанта (полностью) |  |
| Должность |  |
| Контактный телефон конкурсанта |  |
| Адрес электронной почты конкурсанта |  |
| Официальный телефон и адрес электронной почты медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы |  |

Подпись участника профессионального конкурса «Специалист по лучевой диагностике» в категории Рентгенолаборант»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка

Подпись руководителя

медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка

М.П.

**1** Заявка оформляется на официальном бланке медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы

Согласие на обработку персональных данных прикладывается к заявке на участие в профессиональном конкурсе «Специалист по лучевой диагностике» в категории «Рентгенолаборант» в 2024 году