

Анкета слушателя
Центра повышения квалификации специалистов
Санкт-петербургской государственной химико-фармацевтической
академии

1. Фамилия, имя, отчество (полностью, разборчиво)
Иванова Мария Александровна
2. Год рождения 1958
3. Место обучения, год окончания ДЮФПИ, 1976г.
4. Специальность фармацевт
5. Год окончания интернатуры (при наличии) —
6. Место работы ООО "Здоровье"

Рабочий телефон, электронный почта (обязательно для заполнения)

8 (812) ... арзодов@yandex.ru

7. Занимаемая должность фармацевт
8. С какого года в этой должности 1976
9. Общий стаж работы 40 лет
10. Домашний адрес г. СПб, ул. Лесная, д. 1, кв. 1
488-...

Персональный телефон, элект. почта (обязательно для заполнения)

11. Форма оплаты (нал/безнал) нал
12. В каком году последний раз повышали квалификацию 2011г.
13. Дата выдачи сертификата 1 декабря 2011г.
14. По какой специальности* фармацевт

«28» ноября 201 6 г. Подпись И.И. Иванова

Ректору СПХФА

профессору И.А. Наркевичу

от фармацевта

Ивановой Марии Александровны

ДЮФПИ

проживающего (й) по адресу

г. СПб, ул. Лесная

д. 1, кв. 1

индекс: 198501

Индекс, город (населенный пункт),

улица, дом, квартира

тел. 488-...

Окончившего(й)

ВУЗ (СУЗ):

ДЮФПИ

В 1976 году

г. 1976

г. 1976

г. 1976

г. 1976

г. 1976

Заявление

Прошу зачислить меня на обучение по программе повышения квалификации по специальности * фармацевт

с условием полного возмещения затрат на обучение с « 28 » г. ноября 201 6 г.

«28» ноября 201 6 г.

подпись

Согласен на обработку персональных данных

подпись и расшифровка

И.И. Иванова

* Указать специальность по действующему сертификату «Управление и экономика фармации», «Фармацевтическая технология», «Фармацевтическая химия и фармакогнозия», «Фармация»