

142400, Московская область, г. Ногинск,
ул. Комсомольская, д. 59
тел.: +7 496 5114014 e-mail: medpalatamo@mail.ru

21.03.2018 № Иск-4/2018

Руководителям
медицинских профессиональных
некоммерческих организаций,
входящих в состав Союза «НМП»

Уважаемые коллеги!

С 16.04.2018г. по 18.04.2018г. кафедра организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского совместно с некоммерческим партнерством «Врачебная Палата Московской области» проводит очередной цикл обучения по программе «Экспертная деятельность в здравоохранении Российской Федерации. Независимая медицинская экспертиза» (18 часов).

Программа аккредитована Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования по 67 специальностям и рекомендована для обучения заместителей руководителей медицинских организаций по клинично-экспертной работе, врачей-экспертов медицинских организаций, а также экспертов, входящих в состав комиссий по независимой медицинской экспертизе в медицинских профессиональных некоммерческих медицинских организаций субъектов РФ.

Подробная информация об условиях обучения в приложении.

По окончании обучения выдается документ установленного образца.

Также возможна организация выездных циклов обучения по указанной программе. Для информации по условиям и срокам проведения просим обращаться к куратору цикла, доценту кафедры организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности ФУВ МОНИКИ Тихоновой Елене Владимировне (+7 925 222 05 37).

С уважением,

Вице-президент
Союза «Национальная Медицинская Палата»,
Председатель правления
НП «Врачебная Палата
Московской области», д.м.н.



С.А.Лившиц

Уважаемые коллеги!

Вы выбрали образовательную программу на кафедре организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского «**Экспертная деятельность в здравоохранении Российской Федерации. Независимая медицинская экспертиза**» с 16.04.2018г. по 18.04.2018г.

Для зачисления на обучение по данной программе Вам необходимо заключить договор с ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского об оказании платных образовательных услуг.

На сайте ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского - monikiweb.ru, раздел Образование Вы можете:

1. Выбрать соответствующий вид договора, распечатать и оформить его со стороны заказчика в 2-х экземплярах;
2. Распечатать платежное поручение (бланк квитанции для физических лиц), оплатить обучение в соответствии с платежным поручением, направить скан платежного поручения по электронному адресу umofuv@mail.ru;
3. Для организаций будет выставлен счет для оплаты обучения.

Оформленный со стороны заказчика договор в двух экземплярах, платежное поручение, а также документы личного дела Вам необходимо представить в приемную комиссию до **6 апреля 2018г.** (включительно) по адресу: г. Москва, ул. Щепкина 61/2, корпус №1, подъезд «Администрация», 6 этаж, кабинет №45.

Перечень документов личного дела:

1. Копия удостоверения личности
2. Копия документа о высшем образовании
3. Копия документа об обучении в интернатуре/ординатуре
4. Копия документа о профессиональной переподготовке (при наличии)
5. Копия документа о повышении квалификации (при наличии)
6. Копия сертификата специалиста
7. Копия документа об изменении фамилии, имени, отчества, в случае если предъявляемые документы получены до официального изменения фамилии/ имени/ отчества;
8. Выписка из приказа о направлении работника в ГБУЗ МО МОНИКИ для обучения по дополнительной профессиональной программе (для работающих).

Заявление на обучение (приложение)

Документы об образовании и квалификации заверяются по месту работы или нотариально.

По вопросам обучения и представления документов на обучение вы можете позвонить по телефону: 8-495-631-73-27 Белякова Светлана Александровна

Заместителю директора по учебной
работе-декану факультета
усовершенствования врачей
ГБУЗ МО МОНИКИ
О.Ю. Александровой

от

Фамилия Имя Отчество
(полностью)

Заявление

Прошу зачислить меня в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для обучения на кафедре/курсе **организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности** факультета усовершенствования врачей по программе «Экспертная деятельность в здравоохранении Российской Федерации. Независимая медицинская экспертиза», объемом 18 часов, с 16.04.2018г. по 18.04.2018г.

О себе сообщаю следующие сведения:

Дата рождения: _____

Документ, удостоверяющий личность и гражданство: _____

серия _____ № _____ выдан _____ *наименование документа*
наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи

Адрес: _____
адрес регистрации в соответствии с записью в паспорте

Телефон _____ E-mail: _____

Уровень образования: высшее _____ среднее (нужное подчеркнуть)
Окончил (-а) в _____ году _____

наименование образовательной организации
Диплом: серия _____ номер _____ Дата выдачи _____
Квалификация по диплому _____ Специальность по диплому _____

Интернатура (при наличии) в _____ году Специальность _____

Ординатура (при наличии) в _____ году Специальность _____

Программа профессиональной переподготовки (при наличии) _____

наименование программы
Срок освоения _____ часов Дата выдачи документа о квалификации _____
Программа повышения квалификации (при наличии) _____

наименование программы
Срок освоения _____ часов Дата выдачи документа о квалификации _____
Сертификат специалиста (при наличии) Дата выдачи _____
Специальность _____
Место работы _____

(наименование организации)
Структурное подразделение _____
Адрес, телефон организации _____

Должность _____
Стаж работы в указанной должности _____

К заявлению прилагаю копии следующих документов:

1. _____
2. _____
3. _____

Правильность заполнения заявления и представленных данных, наличие соответствующих документов подтверждаю

подпись поступающего

Ознакомлен (а) со следующими документами:

Лицензия на право осуществления образовательной деятельности;

Правила внутреннего распорядка для участников образовательных отношений;

Правилами приема на обучение;

Локальные нормативные акты ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, регламентирующие организацию образовательной деятельности

подпись поступающего

Даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия; имя; отчество; дата рождения; адрес регистрации; серия и номер документа, удостоверяющего личность или его заменяющего; серия, номер, наименование образовательной организации, дата выдачи, содержание и результаты освоения образовательной программы документа об образовании и о квалификации; номер телефона, без ограничения срока действия.

подпись поступающего

Дата подачи заявления «_____» _____ 2018 г.

Ответственный за прием документов

ФИО, должность

подпись ответственного за прием документов

«_____» _____ 2017 г.