

Кому _____ **ННЦРЗ**

От кого _____
(наименование ОВПО, согласно приказу МЗ РК от
28 июня 2024 года № 414 «Об утверждении
перечня организаций дополнительного
образования по медицинским специальностям»)

**Заявка на использование программ повышения квалификации и (или)
программ сертификационных курсов***

Для реализации программы дополнительного образования специалистов в области здравоохранения просим выдать/ПРЕДОСТАВИТЬ образовательные программы утвержденный решением УМО РУМС из ИС Каталог образовательных программ дополнительного образования.

Сведения о программном продукте

| Номер в каталоге | Разработчик ОП | Наименование образовательной программы | Объем в часах/кредитах | Специальность |
|------------------|----------------|--|------------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Протокольное решение Секции ДиНФО УМО № 13 от 13.02.2025г.

ФИО (Первый руководитель ОВПО)

Должность

Дата

«__» _____ 2025г.