На бланке организации

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на формирование личного кабинета РАБОТОДАТЕЛЯ на Портале
непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России**

Просим сформировать личный кабинет **Работодателя** на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Полное наименование организации |  |
| 2. | Короткое наименование |  |
| 3. | Юридический адрес |  |
| 4. | Фактический адрес |  |
| 5. | ОГРН |  |
| 6. | ИНН |  |
| 7. | КПП |  |
| 8. | Лицензия на медицинскую деятельность | №  |  | от |  |
| 9. | E-mail |  |
| 10. | Телефон |  |
| 11. | Официальный сайт |  |

**Сотрудник, ответственный за работу в личном кабинете организации на Портале**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. (полностью) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Должность | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Настоящим обязуемся в случае смены сотрудника, ответственного за работу в личном кабинете работодателя на Портале, в том числе в случае его увольнения, сообщить официальным письмом в течение 3 (трех) рабочих дней с предоставлением копии письма на адрес*** ***medorg-info@edu.rosminzdrav.ru***.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  | МП |