

Председателю аккредитационной подкомиссии
по специальности «**Анестезиология-реаниматология**»

ФИО председателя
от **ФИО аккредитуемого**

телефон **7 999 999 99 99**

адрес электронной почты **1111@mail.ru**

страховой номер индивидуального лицевого счета

111-111-11 11

Дата рождения **01.01.2001**

Адрес регистрации г. **Москва**, улица, дом, квартира

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста

Я, **ФИО аккредитуемого**, прошу допустить меня к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста (**Тестирование – 1-й этап/Практико-ориентированный этап**) по специальности **Анестезиология-реаниматология**.

(ФИО)

Дата

(подпись)