**Вниманию поступающих на обучение по программам ординатуры!**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ОСНОВНОМУ ПАКЕТУ ДОКУМЕНТОВ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ:**

**Пакет документов предоставляется в пластиковой папке-скоросшивателе.**

**Поступающие на обучение по программам ординатуры на бюджетные места для выпуска или продления пластиковой банковской карты ОАО «Газпромбанк», с целью перечисления государственной стипендии предоставляют:**

1. Заявление (образец № 1);
2. Копию паспорта (первая страница и прописка);
3. При подаче документов при себе иметь пластиковую банковскую карту ОАО «Газпромбанк» (при наличии).

**С целью прикрепления к Клинике ОрГМУ поступающим на обучение по программам ординатуры предоставляются:**

1. Заявление (образец № 2)
2. Копию паспорта (первая страница и прописка)
3. Копию СНИЛС
4. Копию полиса ОМС
5. Копию результата флюорографии

**Поступающие, претендующие на поступление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг, и заключившие договор с заказчиком, в случае невозможности оплаты обучения до издания приказа о зачислении обязаны представить со стороны заказчика гарантийное письмо (образец №3) с обязательством оплаты обучения.**

**С целью допуска к практической подготовке обращаем Ваше внимание на необходимость наличия личной медицинской книжки (актуальностью не менее 6 месяцев, копия)**

Образец № 1

ректору ФГБОУ ВО ОрГМУ

Минздрава России

профессору Мирошниченко И.В.

выпускника (-цы) ОрГМУ 20 года

факультета группы

Ф.И.О.

(при смене фамилии в период обучения в ВУЗе в скобках указать и предыдущую фамилию)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер контактного телефона)

Заявление

Прошу Вас выплату стипендии перевести на обслуживание по пластиковым картам ОАО «Газпромбанка» (филиал «Газпромбанк» ОАО г. Оренбург»).

Копию паспорта прилагаю.

Имеется пластиковая карта ОАО «Газпромбанк» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, срок действия до

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | ФИО | дата |

Образец № 2

ректору ФГБОУ ВО ОрГМУ

Минздрава России

Мирошниченко И.В.

(наименование медицинской организации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации (врача)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия) (номер)

\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(пол) (дата рождения) (гражданство)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место рождения)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(адрес настоящего места жительства, для оказания**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)**

застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,

подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского

страхования) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата выдачи)

настоящим подтверждаю выбор ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,

(наименование медицинской организации)

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Нахожусь на обслуживании, на момент подачи заявления в медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактический адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

*К заявлению приложить ксерокопии: паспорт (1-2 страница, страница с пропиской), полис, СНИЛС*

Образец №3

Образец гарантийного письма об оплате за обучение

Фирменный бланк организации

|  |  |
| --- | --- |
|  | ректору ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России  профессору Мирошниченко И.В. |

Гарантийное письмо

Администрация

просит Вас подготовить в ординатуре по специальности « »

в 20 - 20 учебном году по договору об оказании платных образовательных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ординатора)*

Своевременную оплату стоимости обучения до 1 октября 2018 года гарантируем.

Главный врач

Главный бухгалтер