

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
СЕРТИФИКАТ**
NMO-0259945-2017

Настоящий сертификат удостоверяет, что специалист

осуществил(-а) свое право выбора дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации

"Иммуногематологические исследования в трансфузиологии"

объемом 36.0 академических часов по специальности

"Гематология"

реализуемой организацией:

**ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России**

с 10.09.2018 по 15.09.2018

форма обучения: очная

Специалист

/ _____ /

Подпись

Номинал настоящего сертификата составляет 6000.00 рублей

Организация, командирующая специалиста на обучение:

Название: **ГБУЗ СО "СОКБ № 1"**

Адрес: **Свердловская обл**

Направление специалиста на обучение подтверждаю.

Руководитель организации

/ _____ /

М.П.

Подпись

Индивидуальный пятилетний цикл обучения по специальности

Не подтвержден

Примечание для специалиста:

1. Документ подписывается специалистом.
2. Документ заверяется у работодателя.
3. Документ предоставляется вместе с заявкой на обучение и заявлением работодателю.

Дата выдачи: 03.10.2017

Данный документ не является платежным средством

ПАМЯТКА

к образовательному сертификату*

Порядок действий при выборе цикла повышения квалификации с основой обучения за счет средств территориального ФОМС:

1. Вы подали заявку на цикл повышения квалификации, реализуемый за счет средств территориального ФОМС (с применением образовательного сертификата). Для реализации Вашего выбора рекомендуемая дата формирования Вами заявки должна быть не позднее, чем за 20 календарных дней до начала квартала, в котором Вы планируете обучение.
2. Распечатанные форму заявки и образовательный сертификат вместе с заявлением о направлении на обучение за счет средств территориального ФОМС Вам необходимо предоставить в Вашу организацию для согласования.
3. С целью предварительного бронирования места и фиксации стоимости Вашего обучения на выбранном Вами цикле за счет средств территориального ФОМС настоятельно рекомендуем Вашей организации направить подписанную заявку в образовательное учреждение, реализующее цикл.
4. После уточнения наличия места и фиксации стоимости в образовательном учреждении Ваша организация может включить Вашу заявку на обучение в заявку на финансовое обеспечение плана мероприятий на очередной квартал за счет средств территориального ФОМС.
5. Заявка организации должна быть направлена в уполномоченный орган (региональный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан) не позднее, чем за 15 календарных дней до начала очередного квартала.
6. Информацию об утверждении плана мероприятий, заключении с образовательным учреждением договора на образование и о направлении Вас на обучение можете получить в Вашей организации.

* Разработана в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации №332 от 21 апреля 2016 г. «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»

_____ (кому - должность руководителя)

_____ (наименование организации)

_____ (ФИО руководителя)
от _____ (ФИО специалиста)
_____ (должность специалиста, подразделение)

_____ год рождения _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня на обучение на цикле повышения квалификации **"Иммуногематологические исследования в трансфузиологии"** по специальности "Гематология", реализуемом ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в период с 10.09.2018 по 15.09.2018 гг. Стоимость обучения составляет 6000.00 рублей.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(должность руководителя)

_____/_____/_____
(подпись, ФИО)

_____/_____/_____
(подпись, ФИО)