|  |  |
| --- | --- |
|  | *Бланк организации**Адрес, телефон*Ректору ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России Профессору Янушевичу О.О. |
|  |

 **Гарантийное письмо**

 Организация *Наименование организации,* в лице *Должность, ФИО заказчика*, действующего на основании \_*Устава/Доверенности № от г.,* гарантирует оплату программы *повышения квалификации / профессиональной переподготовки* *название цикла*, проводимой в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ за *ФИО обучающегося* в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*прописью*).

**Реквизиты:**

Наименование организации

Адрес

Банковские реквизиты

БИК

Банк

ИНН

КПП

Р/c

Кор.счет

Тел., email

**Должность заказчика *Подпись* ФИО**

 **М.П.**

***Лицо для связи (ФИО, номер тел.)***