

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской
помощи**

**ФГУ «Научно-исследовательский институт урологии
Росмедтехнологий»**

3-я Парковая ул., 51, Москва, Россия, 105425

Телефон/факс: (495) 367-75-87

Здесь должна быть шапка
официального бланка Вашего
учреждения или кафедры. Желательно
на английском языке, но если
официального(!!!) английского бланка
нет, то можно и на русском.

ФИО директора
учреждения (главрача
или зав кафедрой)

Название учреждения
или кафедры на
английском языке

PROOF OF STATUS

The head of department, **Director Directorovich Directorov**, of the **Research Institute of Urology**, herewith confirms that the candidate **Resident Residentovich Residentov** is in his **1 (first)** year of a total of **2 (two)** years of training and his training will end on **30/08/2009** (dd/mm/yyyy).

Ваши ФИО

текущий год обучения и общее
количество лет обучения (2
для ординаторов, 3 для
аспирантов)

Place and date

дата окончания ординатуры/аспирантуры

дата

Signature head of department

Signature candidate

Подпись директора учреждения
(главрача или зав кафедрой)
с печатью

Ваша подпись