

Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти

**ЗАЯВА**  
про акредитацію освітньої програми

Просимо провести акредитацію освітньої програми:

Назва закладу вищої освіти	<b>Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова</b>
Код ЄДРПОУ закладу вищої освіти	<b>02010669</b>
Програма реалізується у відокремленому структурному підрозділі	<b>ні</b>
Назва відокремленого структурного підрозділу	
Код ЄДРПОУ відокремленого структурного підрозділу	
ID освітньої програми у ЄДЕБО	<b>925</b>
Назва освітньої програми	<b>Стоматологія</b>
Рівень вищої освіти	<b>Магістр</b>
Галузь знань	<b>22 Охорона здоров'я</b>
Спеціальність	<b>221 Стоматологія</b>
Спеціалізація (за наявності)	<b>відсутня</b>
Гарант освітньої програми	<b>Шінкарук-Диковицька Марія Михайлівна</b>
Електронна адреса гаранта освітньої програми	<b>shinkaruk-dykovytska@vnm.edu.ua</b>
Телефон гаранта освітньої програми	<b>+38(097)-878-00-08</b>
Місце провадження освітньої діяльності за освітньою програмою	<b>21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56</b>

Шляхом підписання цієї заяви запевняю, що я належним чином уповноважений на здійснення такої дії від імені закладу вищої освіти та за потреби надам документ, який посвідчує ці повноваження.

*Заява підписана кваліфікованим електронним підписом/кваліфікованою електронною печаткою.*

Інформація про КЕП

**ПІБ: МОРОЗ ВАСИЛЬ МАКСИМОВИЧ**

Дата: 17.03.2021 р.