

ЗАЯВКА

на участие в Школе с получением удостоверения государственного образца
о прохождении цикла повышения квалификации «Новые направления в
диагностике и лечении иммунозависимых и аллергических заболеваний», 2019 г.
(72 часа)

| | |
|--|--|
| Фамилия | |
| Имя | |
| Отчество | |
| Паспортные данные (№, серия, кем и когда выдан, адрес регистрации) | |
| Какой ВУЗ и в каком году закончен | |
| Специальность по диплому («Лечебное дело», «Педиатрия») | |
| Место работы (название организации) | |
| Занимаемая должность | |
| Адрес (с индексом): <input type="checkbox"/> служебный <input type="checkbox"/> Домашний | |
| Телефон, факс | |
| Электронная почта | |

Для зачисления на Школу заполненную заявку необходимо направить по электронной почте logot12@list.ru. Вы получите тестовое задание (очно-заочный цикл), ответы на которое нужно будет выслать по электронной почте. По всем вопросам обращайтесь на указанную электронную почту.