

АНКЕТА УЧАСТНИКА

(заполняется печатными буквами по одному символу в клеточке)

Фамилия:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Специальность по сертификату:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения:

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

Город:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Электронный адрес:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Моб.тел.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес для доставки корреспонденции:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Место работы:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Должность:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес места работы:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Рабочий тел.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Являетесь ли Вы членом
ОО «Новосибирская областная
ассоциация врачей-стоматологов»? ДА НЕТ

Есть ли у Вас потребность в
получении коелитных баппов ДА НЕТ