

АНКЕТА УЧАСТНИКА

Название
мероприятия

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата рождения:

Город:

Место
работы:

Должность:

Адрес места
работы:

Рабочий тел.:

Адрес для
доставки

корреспонденции:

Специальность
(указать только
один вариант)

стоматология терапевтическая
стоматология хирургическая
стоматология детская
стоматология ортопедическая

стоматология общей практики
ортодонтия
организация здравоохранения
челюстно-лицевая хирургия

Электронный
адрес:

Моб. телефон

Являетесь ли Вы членом

ОО "Новосибирская областная ассоциация врачей-стоматологов"

Да

Het

Анкета заполняется **ПЕЧАТНЫМИ (ЧИТАЕМЫМИ)** буквами

Заполнение всех полей является обязательным для начисления баллов НМО.