|  |
| --- |
| ***Карточка курсанта цикла******Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью******12-14 апреля 2021г.*** |
| **Фамилия** **Имя****Отчество** |  |
| **Дата рождения:** |  | **СНИЛС** |  |
| ***Паспорт*** |
| **Серия:** |  | **Номер:** |  |
| **Дата выдачи:** |  | **Выдан:** |  |
| **Адрес по прописке** |
| **Индекс:** |  | **Город:** |  |
| **Адрес:** |  |
| **Тел.:** | код № |  | **Тел. Мобильный** |  |
| **e-mail** |  |
| ***Место работы*** |
| **Наименование учреждения:** |  |
| **Индекс:** |  | **Город:** |  |
| **Адрес:** |  |
| **Должность на момент заполнения :** |  | **Тел.:** |  |
| ***Образование*** |
| ***ВУЗ*** |  | ***№ диплома*** |
|  |  |
| **Пройденное послевузовское образование:** | **Специальность по документу** |
|  | **Сроки** | **Учреждение** |
| **Интернатура** |  |  |  |
| **Ординатура** |  |  |  |
| **Первичная переподготовка** |  |  |  |
| **Ученая степень:** |  |

Не возражаю против обработки моих персональных данных

 МП Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_