|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_