**Карта регистрации**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО: | |
| Ученая степень: | |
| Место работы: | |
| Должность: | |
| Контактная информация: | |
| Город: | |
| Телефон (моб.): | Эл. почта: |

**варианты участия в курсе:**

**❒ участник полного курса (теория и практика) – 65.000 руб.**

*(Лекции и практические занятия 17 – 18 июня, питание (кофе-брейки и обеды), сертификат участника).*

**❒ участник теоретического курса (наблюдатель) – 8.000 руб.**

*(лекции и трансляции практических занятий 17 – 18 июня, питание (кофе-брейки и обеды), сертификат участника).*

**Оплата:**

**❒** по безналичному расчету\* **❒** по квитанции\*\* **❒** оплата по карте заранее\*\*\*

*\*при оплате по безналичному расчету пришлите, пожалуйста, реквизиты организации-плательщика.*

*\*\** *при оплате через банк мы вышлем Вам квитанцию с суммой за участие.*

*\*\*\* к оплате принимаются карты Visa и Master Card. При оплате по карте к сумме участия добавляется комиссия банка – 4%.*

**ВАЖНО:**

**Количество участников практического курса ограничено. О наличии мест уточняйте у технического организатора.**

**Зачисление на полный или теоретический курсы происходить после поступления оплаты.**

Я согласен на обработку моих персональных данных и хочу получать информацию о планируемых медицинских мероприятиях: **❒ Да ❒ Нет**

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкета участника курса**

(верный вариант подчеркнуть)

1. Я использую эндоскопическую технику в повседневной работе:

* менее года
* более года
* более 5 лет
* нет опыта

1. Я выполняю функциональные эндоскопические вмешательства на околоносовых пазухах:

* да
* нет

1. Я выполняю расширенные эндоскопические доступы к околоносовым пазухам и ОЧ:

* да
* нет

1. Я использую в своей работе шейвер:

* да
* нет

1. Я применяю боры в ходе оперативных вмешательств в полости носа и на околоносовых пазухах:

* да
* нет

1. Я работаю в многопрофильном стационаре:

* да
* нет