**Карта регистрации**

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

**Формы участия в конференции:**

**❒ слушатель**

**❒ докладчик**

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

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