**Карта регистрации**

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

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

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