РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА СПЕЦИАЛИСТА

Семинар "Секреты реставраций в эстетически значимой зоне" в рамках XXI Всероссийского форума с международным участием «Стоматология XXI века» (Внимание! Заполняется печатными буквами!)

ЧИСЛО	**0**	**9**	МЕСЯЦ													**н**	**о**	**я**	**б**	**р**	**ь**	ГОД										**2**	**0**	**1**	**8**					
ФАМИЛИЯ:																																								
ИМЯ:																																								
ОТЧЕСТВО:																																								
СНИЛС:	№				-				-																															
ДОЛЖНОСТЬ:																																								
НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ:																																								

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ПО СЕРТИФИКАТУ (выбрать только одну специальность и отметить галочкой)	стоматология терапевтическая	
	стоматология общей практики	

МЕСТО РАБОТЫ, АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ:																																								
ОБЛАСТЬ (КРАЙ, РЕСПУБЛИКА)																																								
ГОРОД:																																								
УЛИЦА:																																								
ДОМ:					КОРП./СТР.																																				
КОНТАКТЫ:																																								
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (С КОДОМ):	8													МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН:										+	7																
E-MAIL:																																								

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДОСТОВЕРНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ БЕРУ НА СЕБЯ[1]
ПРОТИВ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕ ВОЗРАЖАЮ[2]

_____

(подпись, расшифровка подписи)

[1] Данная информация будет указана в Свидетельствах с кредитами.

[2] Сбор и обработка персональных данных, а именно: дата заполнения бланка, ФИО, медицинская специальность, место работы (название ЛПУ), адрес места работы, рабочий телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, - осуществляется СтАР с целью оформления Свидетельств участника образца Министерства здравоохранения РФ. Срок обработки персональных данных – 30 календарных дней от даты, указанной на регистрационном бланке. По истечении срока обработки регистрационные бланки уничтожаются.