

АНКЕТА РЕГИСТРАЦИИ на вступление в ОО "Ассоциация эволюции медицины"

Уважаемый коллега!

Заполняя данную анкету, Вы подтверждаете готовность стать членом «Ассоциации эволюции медицины», участвовать в ее деятельности, семинарах, конференциях и других мероприятиях, а также получать актуальную информацию.

Звездочка (*) указывает, что вопрос является обязательным.

1. Фамилия, имя, отчество *

2. Дата рождения *

Пример: 5 февраля 1990 г.

3. Область, город *

4. Название организации *

5. Специальность *

6. Должность *

7. Ученая степень/ученое звание *

8. Контактный телефон *

9. Электронный адрес *

10. Дата заполнения *

Пример: 7 января 2024 г.

11. Нажимая кнопку «Принять», Вы соглашаетесь на сбор и обработку *
Ваших персональных данных

Принимаю

Принять
