

АНКЕТА РЕЄСТРАЦІЇ на вступ до ГС "Асоціація еволюції медицини"

Шановний колего!

Заповнюючи цю анкету, Ви висловлюєте бажання стати членом «Асоціації еволюції медицини», брати участь в її діяльності, семінарах, конференціях та інших заходах, а також отримувати актуальну інформацію.

Зірочка (*) вказує, що запитання обов'язкове

1. Прізвище, ім'я, по батькові *

2. Дата народження *

Приклад: 5 лютого 1990 р.

3. Область, місто *

4. Назва організації *

5. Спеціальність *

6. Посада *

7. Наукова ступінь/вчене звання *

8. Контактний телефон *

9. Електронна адреса *

10. Дата заповнення *

Приклад: 7 січня 2024р.

11. Натискаючи кнопку «Прийняти», Ви погоджуєтеся на збір та обробку *
Ваших персональних даних

Приймаю

Прийняти
