

Для заповнення заявки натисніть тут

ЗА ПІДТРИМКИ:



АСОЦІАЦІЯ АНТИЕЙДЖИНГ,
ГЕНДЕРНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ

СЕРТИФІКАТУ

ДІЙНОГО ЧЛЕНА

АСОЦІАЦІЇ АНТИЕЙДЖИНГ, ГЕНДЕРНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

1. ПІБ _____
Прізвище, ім'я, по батькові

2. Дата народження _____

3. Спеціальність _____

4. Вчене звання, ступінь _____

5. Посада _____

6. Місце роботи _____

Повна назва закладу _____

Повна адреса закладу _____

Відомча належність: (підкреслити): МОЗ, МШС, МО, СБУ, МВС, АМН, ЛОО або ін.

7. Домашня адреса _____

Індекс _____ Область _____ Район _____ Місто _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартира _____

8. Контактні телефони _____

Домашній _____ Робочий _____ Мобільний _____

9. E-mail _____

Особистий підпис _____

ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА:

