

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ**  
**в лекционном цикле краткосрочного повышения квалификации**  
**«Вспомогательные репродуктивные технологии»**  
**(для акушеров-гинекологов)**  
**с 16 апреля по 21 апреля 2018 г.**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Высшее профессиональное образование \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Стаж работы \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Телефон, факс, E-mail \_\_\_\_\_

**Для заключения договора:**

Адрес по прописке  
(с указанием индекса) \_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер) \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**Если оплачивает организация:**

Название организации \_\_\_\_\_

Адрес организации  
(с указанием индекса) \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

р/с \_\_\_\_\_ к/с \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ Наименование банка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Наименование должности, Ф.И.О., регалии руководителя организации,  
на основе чего действует организация

**Заявки на участие присылаются по e-mail: [yotta2015@mail.ru](mailto:yotta2015@mail.ru)**