**АНКЕТА**

**Члена Ассоциации медицинских работников Республики Татарстан**

**(физического лица)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Фамилия** |  |
| **1** | **Имя** |  |
|  | **Отчество** |  |
| **2** | **Число, месяц, год рождения** |  |
| **3** | **Паспортные данные 1** |  |
| **4** | **Образование (когда и какие высшие учебные заведения окончил)2**  **Специальность** |  |
| **5** | **Ученая степень (научное или иное звание)** |  |
| **6** | **Место работы, должность с указанием выполняемой работы** |  |
| **7** | **Контактные телефоны3** |  |
| **8** | **Адрес электронной почты** |  |
| **9** | **ИНН** |  |
| **10** | **Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования** |  |
| **11** | **Срок окончания действия Сертификата специалиста, Аккредитационного удостоверения** |  |

Подписывая Анкету члена АМР РТ, даю согласие на обработку своих персональных данных

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

1 Паспорт: серия, номер, кем и когда выдан.

2 Год окончания, ВУЗ.

3 Номер телефона ( домашний, мобильный, рабочий, факс)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

подпись расшифровка подписи

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.