**Анкета члена ОСДМ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Региональное отделение** |  |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Гражданство** |  |
| **Почтовый адрес (служебный или домашний)** |  |
| **Телефон(ы)** |  |
| **Е-mail** |  |
| **Специальность** |  |
| **Образование**  |  |
| * + **Название ВУЗа**
 |  |
| * + **Год окончания**
 |  |
| * + **Полученная квалификация**
 |  |
| **Ученая степень** |  |
| **Ученое звание** |  |
| **Место работы** |  |
| **Должность** |  |
| **Сотрудничество с коммерческими медицинскими организациями**  | **Да (перечислите)****Нет** |
| **Что Вы намерены делать в целях продвижения ОСДМ и концепции ДМ?**  |
| * **Информационное продвижение** (продвижение в социальных сетях, упоминание в лекциях и докладах, выступления в масс-медиа, популяризация, др.)
 |  |
| * **Экспертиза и преподавание**
 |  |
| * **Добровольные взносы на уставные цели ОСДМ**
 |  |
| * **Другое** (пожалуйста, уточните)
 |  |
| **Ваши комментарии:** |