**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:** | | |