**ЗАЯВКА**

на участие в «Дне открытых дверей» ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России

(5 апреля 2025 года в 10:00; Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование образовательной организации: | |  |
| Информация об участнике: | |  |
|  | ФИО |  |
|  | Для студента – курс обучения |  |
|  | Для сотрудника – должность |  |
|  | Наименование кафедры |  |
|  | Наименование факультета |  |
|  | Контактный номер телефона |  |

*Заявка заполняется персонально на каждого участника*