



АНКЕТА

физического лица-члена Стоматологической Ассоциации России (СтАР),
состоящего на учете в Региональном Общественном Объединении:

« _____
_____ »

(указать название территориальной Ассоциации)

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____ 3. Член Стоматологической Ассоциации России: _____
(год вступления)

4. Адрес места жительства: « _____ » _____
(индекс) (республика, край, область, город)

(улица, дом, квартира)

5. Адрес электронной почты (e-mail): _____

6. Телефоны: Моб.тел.: _____; Раб.тел.: _____;

7. Место работы:

(точное наименование предприятия, объединения, учреждения, органа изации, министерства, ведомства)

8. Должность: _____

9. Адрес места работы: _____

10. Общий стаж работы: _____ 11. Стаж работы в отрасли: _____

12. Образование: _____ 13. Специальность по сертификату: _____

- Стоматология Стоматология общей практики Стоматология ортопедическая Стоматология терапевтическая
 Ортодонтия Стоматология хирургическая Челюстно-лицевая хирургия Организация здравоохранения и общественное здоровье
 Стоматология детская Зубной врач Зубной техник Гигиенист

14. Наименование учебного заведения: _____

год окончания: _____

15. Ученая степень, ученое звание, квалификационная категория:

16. Награжден (а) государственными наградами:

1. _____ дата награждения: _____
2. _____ дата награждения: _____

17. Награжден (а) наградами Стоматологической Ассоциации России

- Почетное звание Орден I степени Орден II степени Медаль
«Заслуженный стоматолог» «За заслуги перед стоматологией» «За заслуги перед стоматологией» «Отличник стоматологии»

Я подтверждаю свое согласие на обработку, хранение и использование Стоматологической Ассоциацией России (СтАР) моих персональных данных.

Подпись лица, заполнившего анкету _____ / _____

Заверено президентом _____ / Казакова В.А.
НО ООС ХМАО - Югры

« _____ » _____ 2016 г.