

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ
в цикле повышения квалификации
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (для эмбриологов)
с 3 апреля по 17 апреля 2023 года

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Высшее профессиональное образование
по специальности: *биология, биохимия,*
микробиология (указать) _____

Город _____

Место работы _____

Должность _____

Стаж работы _____

Почтовый адрес _____

Телефон, факс, e-mail _____

Для заключения договора:

Адрес по прописке
(с указанием индекса) _____

Паспорт (серия, номер) _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

Дата рождения _____

Если оплачивает организация:

Наименование
организации _____

Адрес организации
(с указанием индекса) _____

ИНН _____ КПП _____

р/с _____ к/с _____

БИК _____ Наименование банка _____

Наименование должности, Ф.И.О., регалии руководителя организации,
на основе чего действует организация

Заявки на участие присылаются по e-mail: yotta2015@mail.ru