

## АНКЕТА ЧЛЕНА РОСА

Дата заполнения \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Фамилия**

**Имя**

**Отчество  
(при наличии)**

**Дата рождения**

Область	
Населенный пункт, город	

**e-mail /логин**

**Телефон** +  (  )  -  -

### ОБРАЗОВАНИЕ

Наименование ВУЗа (другого учебного заведения)	
Специальность по диплому	
Год окончания	
Ученая степень, звание	

### ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Наименование образовательной организации	
Номер диплома	
Год окончания	
Квалификация	

### МЕСТО РАБОТЫ

Наименование организации	
Адрес организации	
Веб-сайт организации	
Занимаемая должность	
Контакты для записи пациентов	

**СНИЛС**

## ДОПУСК К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Наименования организация прохождения аккредитации/выдавшего сертификат	
Номер протокола аккредитации /сертификата	
Дата выдачи	
Дата окончания	

### Непрерывное медицинское образование (с момента последней аккредитации)

Наименование программ / мероприятия	Срок обучения / даты	Кол-во часов	Номер удостоверения ПК / сертификата НМО

Наличие личного кабинет в ФРМР

ДА

НЕТ

Наличие в ФРМР специальности «ОСТЕОПАТИЯ»

ДА

НЕТ

Информация о себе (не более 500 символов)

Ссылка на социальные сети, мессенджеры

Города приема пациентов

Подпись \_\_\_\_\_