

**Анкета для реєстрації в ГО «Українська Академія педіатрії -
Союз Медичних Спеціальностей»**

| | |
|--|--|
| Email Address | |
| Прізвище | |
| Ім'я | |
| По-батькові | |
| Дата народження | |
| Назва ВУЗ, що закінчували | |
| Номер диплому | |
| Рік закінчення | |
| Спеціальність (перерахувати через кому) | |
| Область | |
| Населений пункт | |
| Місце роботи | |
| Номер телефону | |
| Прикріпити документ «Скан копія документу, що підтверджує спеціальність» | |