МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

|  |  |
| --- | --- |
|  | Федеральное государственное автономное учреждение  «Национальный медицинский исследовательский центр  «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»  имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации |
| (ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России) | |

Бескудниковский бульвар, д. 59А, г. Москва, 127486, тел.: 8 (499) 906-50-01, факс: 8 (495) 485-59-54

E-mail: [info@mntk.ru](mailto:info@mntk.ru), [www.mntk.ru](http://www.mntk.ru), ОКПО 05332385, ОГРН 1027739714606, ИНН/КПП 7713059497/771301001

**КАРТОЧКА КУРСАНТА**

**Название программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тематический цикл / Стажировка на рабочем месте** (нужное подчеркнуть)

**Даты проведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длительность обучения** (часы) **\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия Имя Отчество |  |
| 2 | Год рождения (дд. мм. гг.) |  |
| 3 | Пол (М/Ж) |  |
| 4 | Гражданство |  |
| **Сведения об образовании:** | |  |
| 5 | Наименование ВУЗа |  |
| 6 | Год окончания |  |
| 7 | Специальность высшего образования |  |
| 8 | Номер диплома |  |
| 9 | Дата выдачи (дд.мм.гг.) |  |
| **Обучение по специальности:** | |  |
| 10 | Сертификат/свидетельство об аккредитации врача-офтальмолога, номер и дата выдачи |  |
| 11 | Диплом об окончании интернатуры/ординатуры или ПП по специальности «Офтальмология» (дата получения) |  |
| **Сведения о работе:** | |  |
| 12 | Наименование должности |  |
| 13 | Место основной работы |  |
| 14 | Стаж работы |  |
| **Контакты:** | |  |
| 15 | Адрес проживания, индекс |  |
| 16 | Мобильный телефон |  |
| 17 | E-mail |  |
| 18 | Паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, адрес прописки |  |
| 19 | ИНН |  |
| 20 | СНИЛС |  |
| **Приложить реквизиты организации, если заказчиком является юридическое лицо, имеющее намерение произвести оплату за обучение** | | |