

Реєстраційна форма учасника

Міжнародного медичного проекту для студентів і викладачів медичних навчальних закладів,
лікарів стоматологів, ортодонтів та інших фахівців стоматологічної галузі.

1. Прізвище, ім'я (згідно з даними укр. паспорту):		
2. Прізвище, ім'я (як у закордонному паспорті на англ. мові):		
2. Попереднє, або дівоче прізвище:		3. Дата народження:
4. Місце народження (країна, область, місто):		
5. Громадянство при народженні : Українка		Громадянство тепер :Українка
6. (Тільки для неповнолітніх) Прізвище, ім'я та по-батькові матері:		
7. (Тільки для неповнолітніх) Прізвище, ім'я та по-батькові батька:		
8. Сімейний стан: Одружена. Маю двох дітей – 7 та 16 років		
9. Адреса прописки (з індексом вулиці):		
10. Телефон домашній (з кодом міста):		
11. Телефон мобільний:		
12. Місце роботи:		
13. Адреса місця праці /навчання (з індексом вулиці):		
14. Роб. Телефон:		
15. Серія і номер українського паспорта :		
16. Серія і номер закордонного паспорта (проїзного документа):		
17. Дата видачі:	Дійсний до:	Орган видачі :
18. Місце народження згідно із закордонним паспортом		
19. Ідентифікаційний номер:		
20. Чи були відмови в отриманні візи до Країн Шенгенської Угоди протягом 3-х останніх років? ні		
21. Всі шенгенські візи (видані за останні 3 роки) – термін їх дії:		

22. Електронна адреса :		

Заповненням та підписанням анкети в паперовому вигляді Я, враховуючи вимоги ЗУ «Про захист персональних даних»:

- надаю згоду на обробку персональних даних, зазначених в Анкеті;
- підтверджую, що ознайомлений з правами, визначеними ст. 8 ЗУ «Про захист персональних даних»;
- несу відповідальність за достовірність та актуальність даних, зазначених в реєстраційній формі.

Дані, вказані мною - достовірні.

Підпис учасника/опікуна неповнолітнього _____ Дата заповнення _____