# Регистрационная форма делегата VII съезда дерматовенерологов Республики Беларусь

Пожалуйста, заполните бланк и пришлите его до 1 мая 2016 г. на адрес: deveco@bsmu.by

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество*(полностью)* |  |
| Место работы *(полное название учреждения)* |  |
| Должность |  |
| Ученая степень |  |
| Ученое звание |  |
| *Контактная информация* |
| Рабочий телефон с кодом города и страны |  |
| Мобильный телефон |  |
| Электронная почта |  |
| Форма участия*(подчеркнуть)* | Докладчик Участник Съезда Публикация тезиса |
| *Для докладчиков*Тема доклада |  |