

Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования

"Медицинская дистанционная академия"

Регистрационный №

АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ

Наименование образовательной программы: дополнительная профессиональная программа по специальности « _____ »

Дата начала обучения: _____ 2017 г.

Дата завершения обучения: _____ 2017 г.

1.	ФИО, гражданство	ИВАНОВА МАРИЯ ИВАНОВНА, РФ
2.	Дата рождения	31.01.1981
3.	Паспорт (серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения)	СЕРИЯ ... №... ВЫДАН 10.07.2012 Г. ОТДЕЛОМ УФМС РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ, Г. НОВОСИБИРСК
4.	Контактные телефоны (сотовый, домашний)	8 800 250 11 40
5.	Адрес (для получения оригиналов документов)	Г. НОВОСИБИРСК, ПЕРВОМАЙСКИЙ РАЙОН, УЛ. БЕРЕЗОВАЯ, ДОМ 13 КВ. 1
6.	Место работы с указанием населенного пункта	ООО «ФАРМОС» АПТЕКА «РОМАШКА», Г. НОВОСИБИРСК
7.	Должность	ЗАВЕДУЮЩИЙ АПТЕЧНЫМ ПУНКТОМ
8.	Стаж работы в указанной должности	9 ЛЕТ
9.	Стаж работы по специальности, указанный в сертификате специалиста	9 ЛЕТ
10.	Фармацевтический или медицинский стаж	9 ЛЕТ
11.	Наименование учебной организации, выдавшей диплом о профессиональном	НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

	образовании	
12.	Диплом (серия, номер, регистрационный номер, дата выдачи)	08994123 1234 4 ИЮЛЯ 1999 Г.
13.	Диплом выдан (по специальности, присвоена квалификация)	ФАРМАЦИЯ, ПРОВИЗОР
14.	Какой организацией выдан предшествующий сертификат (номер, дата выдачи)	ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ А №4844450 16 ИЮЛЯ 2012 Г.

Достоверность представленных данных подтверждаю _____ (ФИО, подпись)

Дата заполнения " __ " _____ 2017 г.