**Наименование оранизации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявка на участие** **Ежегодной Всероссийской олимпиаде по практическим медицинским навыкам среди студентов медицинских вузов**

**Формат проведения: очный дистанционный**

|  |
| --- |
| **Сведения об участниках Олимпиады** |
| № п/п | Ф.И.О. (полностью), курс | Дата рождения (в формате 01.01.2001) | Телефон | Адрес электронной почты почта | Формат участия (очный/дистанционный) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |   |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| Ответственное лицо |  |
| 6. | Ф.И.О. с указанием занимаемой должности |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Дата проведения: 19-21 апреля 2023 г.**

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись Расшифровка подписи

 М.П