Приложение к заявке на участие в Ежегодной олимпиаде по практическим медицинским навыкам среди студентов медицинских вузов научно-образовательного медицинского кластера Дальневосточного федерального округа иБайкальского региона «Восточный»

|  |
| --- |
| **Сведения об участниках**  **Олимпиады (из числа целевой группы студентов медицинских вузов научно-образовательного медицинского кластера Дальневосточного федерального округа и Байкальского региона «Восточный»)** |
| № п/п | Ф.И.О. (полностью) | дата рождения (в формате 01.01.2001) | Паспортные данные (серия, номер паспорта, кем выдан, дата выдачи) | Телефон | Адрес электронной почты почта | Подпись\* |
| 1. |  |   |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| Ответственное лицо, сопровождающее команду Участников Олимпиады |
| 6. | *Ф.И.О. с указанием занимаемой должности* |  |  |  |  |  |

Дата и время прибытия/отбытия *дата* *время* / *дата* *время*

Вид транспорта, номер рейса (поезда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* *- даю информированное согласие на обработку персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006г. N 152-ФЗ «О персональных данных» контактные данные участников будут скрыты от публичного просмотра);*

 *- ознакомлен с положением Олимпиады;*

 *- ознакомлен с правилами внутреннего распорядка для проживающих в общежитии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.*

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

 Дата подпись Расшифровка подписи

 М.П.