**Додаток 2**

*(до МпВ між EBCOG-ААГУ-Кусум)*

**АНКЕТА / APPLICATION FORM**

На отримання освітнього гранту для участі в роботі 27-го Конгресу EBCOG, 14-16 Травня, 2020 року, м. Берген (Норвегія)

*To request the educational grant for participation in the 27th* ***EBCOG’s European Congress of Obstetrics and Gynaecology, May 14-16, 2020, Bergen (Norway)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Заповніть печатними літерами (Укр) | *Please, fill in block letters**(Eng)* |
| Ім’я (як у паспорті) |  |  |
| По-батькові |  |  |
| Прізвище (як у паспорті) |  |  |
| Дата народження (дд/мм/рр) |  |  |
| Місце роботи (повна назва установи) |  |  |
| Посада |  |  |
| Спеціальність за фахом |  |  |
| Субспеціальність (якщо є) |  |  |
| Лікарська категорія (якщо є) |  |  |
| Вчена ступінь (якщо є) |  |  |
| Вчене звання (якщо є) |  |  |
| Робоча адреса: |  |  |
| вулиця, №  |  |  |
| місто |  |  |
| район |  |  |
| область |  |  |
| поштовий індекс |  |  |
| Робочий телефон / факс |  |  |
| Домашня адреса: |  |  |
| вулиця, №  |  |  |
| квартира |  |  |
| місто |  |  |
| район |  |  |
| область |  |  |
| поштовий індекс |  |  |
| Мобільний телефон |  |  |
| Електронна скринька |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Готовий взяти участь в роботі 27-го Конгресу EBCOG у разі | сплати реєстра-ційного внеску | сплати реєстраційного внеску та вартості готелю | лише повної вартості |

Даю згоду на обробку персональних даних, а також, що моє прізвище, ім'я, установа / лікарня / відділення можуть бути згадані в списку присутніх, що буде повідомлений під час конгресу, а також підтверджую достовірність наведених даних щодо моєї особи.

*I hereby accept that my family name, first name, institute/hospital/company may be mentionned on the attendees list which will be communicated during the congress and confirm the authenticity of the data given about my person.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата заповнення (дд/мм/рррр) |  |
| Особистий підпис |  |