Директору

АНО Центр развития медицинских проектов «Праймер»

Сараевой К.В..

от [ФИО полностью]

**Заявление специалиста здравоохранения   
на рассмотрение кандидатуры для участия в мероприятии в области здравоохранения**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО заявителя полностью: | |  | |
| +7 |  | |  |
| *моб. телефон с кодом* | | | *e-mail* |

Согласно объявлению о наборе участников на мероприятие в области здравоохранения:

|  |  |
| --- | --- |
| название мероприятия: | «Atrial Fibrillation 23rd Symposium» |
| даты проведения: | с 12 по 14 февраля 2025 года |
| место проведения: | отель и конференц-центр Madrid Marriott Auditorium по адресу: Проспект Арагона, д. 400, 28022, Мадрид, Испания. |
| город, страна проведения: | г. Мадрид, Испания |

прошу рассмотреть мою кандидатуру для организации и обеспечения моего участия в нем.

Для подтверждения моего соответствия критериям отбора участников к данному письму прилагаю:

1. Копия первой страницы загранпаспорта , копия шенгенской визы и копия первой страницы паспорта РФ
2. Копию действующего сертификата специалиста
3. Сведения о профильном образовании и профессиональной деятельности (см. информацию ниже)
4. Заявку от ЛПУ

Подтверждаю, что не являюсь государственным служащим в соответствии с локальным применимым законодательством[[1]](#footnote-1) о государственной службе.

Гарантирую актуальность (действительность) и достоверность представленной мной информации и документов.

Настоящим подтверждаю, что имею опыт хирургического лечения сердца, а также что мой уровень владения английским языком является достаточным для понимания содержания мероприятия, участия в научной дискуссии в рамках данного мероприятия, если она будет предусмотрена программой.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сведения о профильном образовании: | | | | | | | |
| Год окончания | | Наименование вуза | | Квалификация, степень | | Направление, специальность | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| Сведения о профессиональной деятельности в здравоохранении (за последние 5 лет): | | | | | | | |
| Год начала | Год окончания | | Место работы | | Город | | Должность |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

*Примечание: перед подписанием документ может быть заполнен в формате Word*

1. [↑](#footnote-ref-1)