**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: 24-26 апреля 2024 г.**

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

Дата подпись Расшифровка подписи

М.П