

физического лица-члена Стоматологической Ассоциации России (СтАР),
состоящего на учете в Региональном Общественном Объединении СтАР
и/или узкопрофильном направлении (секции) СтАР

РОО «Общественная организация «Пермская региональная ассоциация стоматологов»

(указать название Регионального общественного объединения СтАР, или узкопрофильного направления (секции) СтАР)

Секция СтАР (выбрать нужное узкопрофильное направление):

- ☐ Имплантология (РАСТИ) ☐ Профессиональное общество ортодонтов ☐ Российская Пародонтологическая Ассоциация (РПА) ☐ Эндодонтия
☐ Эстетическая стоматология ☐ Хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов ☐ Ортопедической стоматологии ☐ Клинической гнатологии
☐ Обезболивания и оказания неотложной помощи в стоматологии ☐ Детской стоматологии ☐ Профилактики ☐ Лучевой диагностики в стоматологии
☐ Сиалологии ☐ Лазерной стоматологии ☐ ЧЛХ и врачей-стоматологов военизированных ведомств СтАР ☐ Функциональной диагностики в стоматологии
☐ Биотехнологии и тканевой инженерии в стоматологии ☐ Коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены ☐ Симуляционной стоматологии
☐ Цифровой стоматологии ☐ Нейромышечной стоматологии ☐ Информационных технологий в стоматологии ☐ Истории стоматологии
☐ Стоматологических организаций частной формы собственности ☐ Социальных программ и благотворительности СтАР ☐ Психологии в стоматологии
☐ Объективной визуализации в стоматологии ☐ Консалтинга, бухгалтерского учета и аудита

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____ 3. Член Стоматологической Ассоциации России: _____
(год вступления)

4. Адрес места жительства: « _____ »
(индекс) (республика, край, область, город)

(улица, дом, квартира)

5. Адрес электронной почты (e-mail): _____

6. Телефоны: Моб.тел.: _____ ; Раб.тел.: (_____) _____ ; (_____) _____

7. Место работы: _____
(точное наименование предприятия, объединения, учреждения, органа власти, министерства, ведомства)

8. Должность: _____

9. Адрес места работы: _____

10. Общий стаж работы: _____ 11. Стаж работы в отрасли: _____

12. Образование: _____ 13. Специальность по сертификату: _____

- ☐ Стоматология ☐ Стоматология общей практики ☐ Стоматология ортопедическая ☐ Зубной врач
☐ Ортодонтия ☐ Стоматология хирургическая ☐ Челюстно-лицевая хирургия ☐ Зубной техник
☐ Стоматология детская ☐ Стоматология терапевтическая ☐ Организация здравоохранения и общественное здоровье ☐ Гигиенист

14. Наименование учебного заведения: _____
_____ год окончания: _____

15. Ученая степень, ученое звание, квалификационная категория: _____

16. Награжден (а) государственными наградами:

1. _____ дата награждения: _____
2. _____ дата награждения: _____
3. _____ дата награждения: _____

17. Награжден (а) наградами Стоматологической Ассоциации России

- ☐ Почетное звание ☐ Орден I степени ☐ Орден II степени ☐ Медаль
«Заслуженный стоматолог» «За заслуги перед стоматологией» «За заслуги перед стоматологией» «Отличник стоматологии»
« _____ 20 ____ г. » « _____ 20 ____ г. » « _____ 20 ____ г. » « _____ 20 ____ г. »
год награждения год награждения год награждения год награждения

Я подтверждаю свое согласие на обработку, хранение и использование Стоматологической Ассоциацией России (СтАР) моих персональных данных.

Подпись лица, заполнившего анкету _____ / _____

« _____ » _____ 20 ____ г.