**регистрационная форма докладчика**

***просьба заполнить и выслать в адрес оргкомитета по электронной почте:*** ***info@cdm.clinic***

***Информация о конференции размещена на сайте:*** <https://um.center/conference>

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество |  |
| Город |  |
| Место работы (полное название) |  |
| Должность |  |
| Специализация |  | Ученая степень/звание |  |
| Мобильный телефон |  | Эл. почта |  |
| Название доклада/лекции |  |
| Образовательная цель выступления (познакомить слушателей с проблемой……, представить современные методики……, раскрыть возможности….., продемонстрировать преимущества метода……. и пр.) |  |
| Укажите дату и место получения (продления) сертификата специалиста (аккредитации)  |  |
| Перечислите научно-практические мероприятия, на которых Вы выступали за последний год  |  |
| Укажите количество публикаций в научных изданиях за последние 5 лет |  |
| ❒ Заявляю об отсутствии конфликтов интересов❒ Согласен на обработку моих персональных данных |