ЗАЯВКА

Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»
на проведення, з’їзду, конгресу, симпозіуму, науково-практичних конференцій,
для реєстрації та внесення до галузевого Реєстру на 20__ рік

№ п/п	**Назва заходу, тема**	**Місто та дата проведення форуму (число, місяць)**	**Кількість учасників**		**Перелік країн-учасниць**	**Організація, відповідальна за проведення заходу (повна поштова адреса, код міста та телефон(и) оргкомітету), відповідальна особа (посада, прізвище, ім’я, по-батькові)**	**Кількість балів відповідно до шкали значень різних видів діяльності лікарів (провізорів)**	
			всього	**у т.ч. з інших міст**			**за участь у НМФ** (з доповіддю / без доповіді)	**за публікацію у науковому виданні НМФ**
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*
1.						ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58022 Телефон: _____, E-mail**:** _____ Голова оргкомітету: _____ Заступник(и) голови оргкомітету: _____	*	*

Примітка - *відповідно до порядку обрахування кількості балів відповідно до Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»