



Вступ до Української асоціації псоріазу

Лікар

Пацієнт/родич/інше

Прізвище

Ім'я

По-батькові

Дата народження / /

Професія

Контактна інформація

Місто

Вулиця

Будинок Корпус Квартира/офіс

Телефон

Мобільний телефон

Адреса електронної пошти

Для лікарів

Який університет ви закінчили?

в якому році?

Місце роботи

Інша інформація (сфера наукових інтересів, пріоритетні напрямки роботи і ін.)

Я хочу вступити
в ВГО Українська асоціація псоріазу

дата / /

підпис