**Перерегистрация членов РАСФД.**  
   
ФИО:  
Дата рождения:  
Место рождения:  
Член РАСФД – указать год вступления:  
Место работы (полное название и адрес медицинского учреждения), название отделения:  
Должность:  
Степень, звание:  
Стаж работы и смежные специальности:  
Год получения аккредитации:  
Проводимые исследования ФД:  
Паспортные данные:  
Контакты:  
 телефон (моб):  
электронный адрес:  
домашний адрес:  
Область интересов в функциональной диагностике: