**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: