Анкета

члена Ассоциации реабилитационных и остеопатических клиник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Фирменное / торговое наименование / бренд |  |
|  | Адрес сайта в сети интернет |  |
|  | Наименование юридического лица |  |
|  | Адрес почтовый  (для отправки корреспонденции) |  |
|  | Телефоны |  |
|  | Фамилия  Имя  Отчество руководителя |  |
|  | Должность руководителя (генеральный директор/ директор / главный врач/ медицинский директор…) |  |
|  | Дата рождения руководителя |  |
|  | Электронная почта руководителя  (для отправки документов и информационной рассылки) |  |
|  | ФИО, электронная почта заместителя руководителя |  |
|  | Контактное лицо по работе с Ассоциацией  (Ф.И.О., должность, телефон, e-mail) |  |

Согласие на дальнейшее оперирование анкетными данными:

Нижеподписавшийся заявляет, что он согласен с передачей указанных выше данных третьим лицам в случае, если это производится с целью привлечения партнера к сотрудничеству или включения настоящей информации в базу данных Ассоциации.

**Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_**