****

**ЗАЯВКА**

**НА УЧАСТИЕ В КОНКУРСЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

**“FOTONA-PROFI 2017”**

1. Наименование мед.центра/клиники: Введите полное название клиники/мед.центра

2. Город: Укажите города, в котором расположена ваша клиника/мед.центр

3. Наименование юридического лица: Укажите наименование юр.лица

4. Выбранная номинация[[1]](#footnote-1):

Работа по атрофическим рубцам и растяжкам  4D омоложение

Лазерная блефаропластика  Удаление татуировок и

перманентного макияжа

Лечение дисхромии (удаление гиперпигментации)

Своя тема

*Если у Вас есть интересные клинические результаты по иным направлениям использования лазерной системы Fotona, то Вы можете предложить свою тему и прислать на конкурс результаты с соблюдением требований).*

Название работы (для номинации «Своя тема»):

Укажите тематику своей клинической работы

5. Данные врача – участника конкурса:

Ф.И.О.: Фамилия, имя, отчество врача, выполнявшего клиническую работу

Медицинская специализация: Укажите медицинскую специализацию врача

Ученая степень, ученое звание, др.регалии:

Укажите ученую степень, ученое звание и другие регалии врача-участника конкурса

6. Контактное лицо от организации: Укажите Ф.И.О. контактного лица от организации

(в случае, если врач-участник конкурса не является сам контактным лицом)

7. Контактная информация:

Тел.: Укажите телефоны в формате +7-(код города)-номер телефона.

E-mail: Укажите электронный адрес

Skype: Укажите скайп-ник (по желанию при его наличии)

**Данной заявкой мы подтверждаем, что ознакомились с правилами участия в конкурсе «Fotona-Profi 2017» и желаем предоставить результаты клинической работы в выбранной номинации.**

Дата заполнения заявки: Дата оформления заявки

1. **Внимание!** От одной клиники/центра в конкурсе может участвовать только одна работа в каждой из номинации. Одна клиника/центр может участвовать в нескольких номинациях! [↑](#footnote-ref-1)