Приложение 1

**КОНКУРС**

**«Вместе сделаем лучше!»**

**ФОРМА ЗАЯВКИ ДЛЯ УЧАСТИЯ В КОНКУРСЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование региональной ассоциации |  |
| Наименование медицинской организации (полное и сокращенное) |  |
| ФИО конкурсанта |  |
| Должность, место работы конкурсанта |  |
| Контактные данные ответственного конкурсанта | Тел.:E-mail: |
| Конкурсные материалы |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись, дата

Заявка на конкурс с приложением конкурсных работ направляется в формате PDF организатору конкурса на почту director@kront.com и копией на почту info@kront.com

**с официальных адресов региональных отделений и ассоциаций, состоящих в РАМС**, по 17 августа 2025 года