

АНКЕТА УЧАСТНИКА ЗЮМБШ

Внимание! Вы должны заполнить и отправить анкету по электронному адресу aoron@mail.ru. Заполняя и отправляя анкету на указанный e-mail, Вы соглашаетесь с тем, что Ваши данные будут внесены в базу данных, доступную только организаторам заочной школы и администрации медицинского факультета.

| | |
|--|--|
| Фамилия Имя Отчество (полностью в именительном падеже) | |
| Фамилия Имя Отчество (полностью в родительном падеже) Будьте внимательны, именно эти данные мы укажем в удостоверении об окончании ЗЮМБШ | |
| Дата рождения (число-месяц-год) | |
| Адрес прописки | |
| Телефон для связи | |
| E-mail для связи | |
| Есть ли у Вас беспрепятственный доступ к сети интернет: да или нет | |
| Учебное заведение в котором обучаетесь/обучались (школа, лицей, колледж и т.п.) | |
| В каком классе/на каком курсе Вы сейчас обучаетесь | |
| Целевой вуз (вуз или вузы в который/е планируете поступать) | |
| Опишите Ваши интересы в биологии и медицине, например, цитология/генетика/физиология человека/биотехнология/вирусология/эволюционная биология и т.п. | |
| Цель поступления в заочную школу (не более 250 слов) | |
| Другая важная информация, которую Вы желаете сообщить | |