Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

КАФЕДРА

**Список студентов, рекомендованных к участию в ИСНК**

1. ФИО студента, факультет, курс, группа, название работы, формат участия в ИСНК

**Данные, представленные в документе, подтверждаю.**

Дата

Заведующий кафедрой/лабораторией \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 подпись расшифровка подписи

Заполненный документ распечатывается, подписывается указанным лицом и сканируется в формате \*pdf или \*jpeg