

Министерство здравоохранения Саратовской области

**Государственное автономное профессиональное образовательное
учреждение Саратовской области
«САРАТОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕЖ»**

Руководителям средних медицинских
образовательных учреждений
Саратовской области

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
Уважаемы коллеги!**

**Приглашаем Вас принять участие в Конкурсе
«Лучший волонтер-медик»
среди медицинских и фармацевтических образовательных учреждений
Саратовской области (далее – Конкурс).**

Конкурс проводится в рамках плана мероприятий по популяризации добровольчества в сфере здравоохранения в Саратовской области на 2019-2020 учебный год.

Организатор Конкурса – государственное автономное профессиональное учреждение Саратовской области «Саратовский областной базовый медицинский колледж» (далее – ГАПОУ СО «СОБМК»).

Участники Конкурса: волонтеры-медики, студенты медицинских образовательных учреждений Саратовской области, лучшие представители своего волонтерского направления.

Количество участников от одной образовательной организации: **не более двух.**

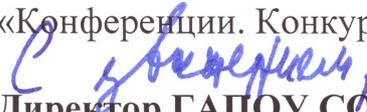
Сроки проведения Конкурса:

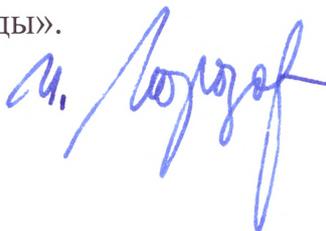
Конкурс проводится 28 ноября 2019 года.

Участники направляют заявку по установленной форме, подтверждающей участие в Конкурсе, согласие на обработку персональных данных на электронную почту Sarmedic@yandex.ru в срок **до 28 октября 2019** года (включительно).

Организационный взнос за участие в Конкурсе не взимается.

Полная информация о порядке проведения Конкурса будет размещена на официальном сайте ГАПОУ СО «СОБМК» (sobmk.ru) в разделе «Конференции. Конкурсы. Олимпиады».


Директор ГАПОУ СО «СОБМК»



И.А. Морозов

Заявка
на участие в Конкурсе «Лучший волонтер-медик»
среди медицинских и фармацевтических образовательных учреждений
Саратовской области

Образовательное учреждение	
Полное наименование образовательного учреждения (по Уставу)	
Телефон (с кодом города)	
Электронный адрес	
Ф.И.О. руководителя	
Сведения об участниках	
Фамилия, имя, отчество участника	
Дата рождения	
Специальность, курс, группа	
Электронная почта	
Телефон	
Название Волонтерской организации, направления волонтерской деятельности	
Сведения о педагоге-координаторе волонтера-медика	
Фамилия, имя, отчество	
Должность, место работы (в соответствии с Уставом образовательной организации)	
Электронная почта	
Телефон	

Руководитель ОУ _____

Подпись

Расшифровка подписи _____

Даю согласие на обработку персональных данных:

_____/_____
 Подпись / ФИО

_____/_____
 Подпись / ФИО