|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование медицинской организации** | **ФИО участника совещания** | **должность** | **Контактный номер телефона (мобильный)** | **Адрес электронной почты** | **Участие в совещании** | |
| **Очное** | **В режиме ВКС** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | |
| 1 |  |  |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  |  |  | |