**ВЪПРОСНИК**

**Три имена:** ……………………………………………………………………………………

**Адрес:** гр…………………….., община …………………….., област …………………….

…………………………………………………………………………………………………..

Медицински специалист………………………………………………………………………

/ общопрактикуващ лекар, педиатър или др. медицински специалист в системата за първична медицинска помощ/

**Месторабота …………………………………………………………………………………………………………………………**

**e-mail:** ………………………………………………………………………………………….

Обучението ще се реализира в дистанционна онлайн форма, в платформа ZOOM. За ползване на платформата е необходимо да имате интернет връзка.

Относно организацията, моля отбележете:

1. Кое е удобното за Вас време да се включите в онлайн обучение?

* Преди обед – 10.00 – 12.00 ч.
* Ранен следобяд 13.00 – 15.00 ч.
* Късен следобяд 16.00 – 18.00 ч.

1. Каква е техническа ви обезпеченост за включване в обучението:

* Компютър
* Лаптоп
* Телефон

1. За свързване в платформата ще използвате:

* Личен имейл
* Служебен имейл

Забележка:

Платформата може да свалите от <https://zoom.us/download>