**Структура и членство в ВРООСФД**

В состав Воронежской региональной общественной организации специалистов функциональной диагностики входят:

председатель «ВОККДЦ»:

Арзамасцева Галина Ивановна- зав. отделом ФД АУЗ «ВОККДЦ»

заместители:

Щербакова Тамара Васильевна- зав. отделением функциональной диагностики БУЗ «ВОКБ№1»

Далматова Наталья Владимировна- врач отдела ФД АУЗ «ВОККДЦ»

секретарь:

Крутько Лариса Николаевна- врач отдела ФД АУЗ «ВОККДЦ»

координационный совет:

1. Черногорова Надежда Николаевна- БУЗ ВО ГКП №4
2. Речмедин Александр Павлович БУЗ ВО ГКП №3
3. Шевченко Ольга Алексеевна- Петропавловская РБ
4. Плужникова Татьяна Валерьевна – БУЗ ВО «ВОКБ№2»
5. Ледовская Юлия Анатольевна- Лискинская РБ
6. Синюкова Юлия Петровна- Борисоглебская РБ
7. Рогова Елена Васильевна – БУЗ ВО «ГБ №5»
8. Елисеева Надежда Васильевна АУЗ «ВОККДЦ»

**ревизионная комиссия:**

Конюшенко Ирина Владимировна (Павловская РБ) - председатель комиссии

Кривоносова Зоя Андреевна (Богучарская РБ) - член комиссии

Краснолуцкая Ирина Владимировна (Калачеевская РБ) - член комиссии

Членом ВРООСФД может стать любой врач функциональной или ультразвуковой диагностики Воронежской области, согласный с целями деятельности ВРООСФД и готовый принимать участие в мероприятиях, проводимых под эгидой ВРООСФД.

Для вступления в ВРООСФД необходимо заполнить заявление (образец в Приложении 1), оплатить вступительный взнос в размере 500 рублей.

Ежегодный членский взнос составляет 500 рублей.

Членами «ВРООСФД» в настоящее время являются 333 врача функциональной и ультразвуковой диагностики Воронежской области. Руководство работой осуществляет председатель общества и его заместители, а также координационный Совет «ВРООСФД».

Приложение 1

 Председателю Воронежской региональной

 общественной организации специалистов

 функциональной диагностики

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /должность и место работы\

 З А Я В Л Е Н И Е.

Прошу принять меня в члены Воронежской региональной общественной организации специалистов функциональной диагностики.

Дата Роспись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_