



Paragon CRT® Форма квалификационного теста

ФИО врача: (на русском и английском языках)	Дата:	Cert.#:	Acct. #:
Название клиники (кабинета): (на русском и английском языках)			
Адрес клиники (кабинета): (на русском и английском языках)			
Город/страна/код:			
Телефон регистратуры (для связи):	Телефон врача:		
E-mail:			
Ваш дистрибьютор (название компании):			
Количество врачей в клинике:	Название топографа (если он есть):		

N.B.! По требованию FDA только врачи, успешно ответившие на вопросы теста, будут сертифицированы. Только сертифицированные специалисты имеют право использовать технологию рефракционной терапии Парагон в своей практике. Информация о Вас появится на сайте Парагона (<http://crt.club/find-clinic.html> и <http://www.paragoncrt.com/international/index.asp>), как только Вы успешно пройдёте тесты. Ваш дистрибьютор свяжется с Вами в течение нескольких дней.

Пожалуйста, округлите правильный ответ: A B C D E

- | | | |
|--------------|---------------|---------------|
| 1. A B C D E | 9. A B C D E | 17. A B C D E |
| 2. A B C D E | 10. A B C D E | 18. A B C D E |
| 3. A B C D E | 11. A B C D E | |
| 4. A B C D E | 12. A B C D E | |
| 5. A B C D E | 13. A B C D E | |
| 6. A B C D E | 14. A B C D E | |
| 7. A B C D E | 15. A B C D E | |
| 8. A B C D E | 16. A B C D E | |

Спасибо за интерес к технологии рефракционной терапии Парагон. Компания Парагон с вниманием и уважением относится к Вашему желанию использовать технологию CRT в Вашей практике и сделает всё возможное, чтобы поддержать Вас в этом.

Если у Вас есть замечания к обучающей и тестирующей программе – пожалуйста, [сообщите нам](#).

Подпись экзаменуемого

____/____/____
Дата