Председателю совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук,

на соискание ученой степени доктора наук

Д 208.005.02 на базе

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России доктору медицинских наук, профессору Полуниной Ольге Сергеевне

**СОГЛАСИЕ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА**

Я, *ФИО оппонента,* согласен(на) принять участие в работе диссертационного совета Д 208.005.02 при ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России и выступить в качестве официального оппонента диссертационной работы *ФИО соискателя* на тему: «\_\_\_\_\_\_\_», представленной на соискание ученой степени кандидата (доктора) медицинских наук по специальности 14.01.\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_.

Подтверждаю, что совместных публикаций с соискателем не имею. Не являюсь членом экспертного совета ВАК.

Согласен(на) на сбор, обработку, хранение и размещение в сети «Интернет» моих персональных данных (в соответствии с требованиями Приказа Минобрнауки России № 662 от 01.06.2015 г.), необходимых для работы диссертационного совета Д 208.005.02.

Сведения об официальном оппоненте прилагаются.

Должность, уч. степень, уч. звание Фамилия Имя Отчество

**ОБРАЗЕЦ**

Заведующая кафедрой внутренних болезней

Федерального государственного бюджетного

образовательного учреждения высшего

образования «Белгородский государственный

медицинский университет» Министерства

здравоохранения Российской Федерации,

**д**октор медицинских наук, профессор,

14.01.04 – Внутренние болезни *Подпись* Рулева Анна Олеговна

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Заверяю *Подпись заверяющего*

Гербовая печать

*Согласие подписать, заверить, поставить печать организации, приложить сведения и вместе с отзывом направить в Диссертационный совет по адресу: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121*

**СВЕДЕНИЯ ОБ ОФИЦИАЛЬНОМ ОППОНЕНТЕ**

по диссертационной работе (Фамилия Имя Отчество соискателя)

на тему **«**Тема диссертации**»,** представленной на соискание ученой степени доктора *(кандидата)* медицинскихнаук  
по специальности 14.01.\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(медицинские науки)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество оппонента | Рулева Анна Олеговна |
| Год рождения, гражданство | 1964, Российская Федерация |
| Шифр и наименование специальностей, по которым защищена диссертация | 14.01.04 – Внутренние болезни |
| Ученая степень и отрасль науки | Доктор медицинских наук |
| Ученое звание | Профессор |
| Полное наименование организации, являющейся основным местом работы оппонента | Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего образования «Белгородский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации |
| Занимаемая должность | Заведующая кафедрой внутренних болезней |
| Почтовый индекс, адрес | 308015, г. Белгород, ул. Дворцовая, д. 12 |
| Телефон, сайт и адрес электронной почты организации | 8**(**8472)52-41-43, www.belgmu.ru, E-mail: [belmed@mail.ru](mailto:belmed@mail.ru) |
| Телефон и адрес электронной почты оппонента | 89175001505, E-mail: aruleva@yandex.ru |
| Список основных публикаций официального оппонента по теме диссертации в рецензируемых научных изданиях за последние 5 лет  *5 основных работ за последние 5 лет в журналах, рецензируемых ВАК (печатные работы должны быть по теме защищаемой диссертации!)* | 1. Петрова Д.С., Боброва И.С., **Рулева А.О.**, Никитин Е.А., Клочкова О.А. Анализ состояния сосудистого эндотелия при хронической сердечной недостаточности с промежуточной фракцией выброса левого желудочка // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – №1. – С. 61.  2. Смирнова П.А., **Рулева** **А.О.** Диагностическое значение проведения фармакологических проб для исследования функции эндотелия при ХСН // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т.13, №1-1. – С. 104-107.  3. **Рулева А.О.**, Петрова Д.С. Анализ реактивности эндотелия микрососудов кожи при хронической сердечной недостаточности // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2017. – Т. 16, № 4(64). – С. 50-55.  4. …...  5. …… |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Рулева Анна Олеговна

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Заверяю *Подпись заверяющего*

Гербовая печать

*Сведения подписать, заверить, поставить печать организации, приложить к согласию и вместе с отзывом направить в Диссертационный совет по адресу: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121*