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

на соискание ученой степени доктора наук

21.2.003.01 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 21.2.003.01 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 3.1.\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_.

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 21.2.003.01.

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,

3.1.18 – Внутренние болезни *Подпись* Рулева Анна Олеговна

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 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 3.1.\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(медицинские науки)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество оппонента | Рулева Анна Олеговна |
| Год рождения, гражданство | 1964, Российская Федерация |
| Шифр и наименование специальностей, по которым защищена диссертация | 3.1.18 – 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 оппонентапо 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., **РулеваА.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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ 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*