**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі**

**«Належна клінічна практика (GCP). Нормативно-правове регулювання проведення клінічних випробувань»**

**20\_\_\_\_ р.**

**Київ, вул. Сімʼї Бродських, 10, Державний експертний центр МОЗ України**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище Ім’я По-батькові:** | | |  |
| **First name Last name:** | | |  |
| **Місце роботи:**  **(Назва організації/закладу):** | | | **Лікувально-профілактичний заклад та відділення:**  **Вищий навчальний медичний заклад та кафедра:**  **Фармацевтична компанія:**  **Контрактно-дослідницька організація:**  **Комісія з питань етики:**  **Інше (зазначте):** |
| **Посада, вчений ступінь, наукове звання:** | | |  |
| **Досвід роботи в галузі КВ (У якій кількості клінічних випробувань (КВ) ви приймали участь ?)** | | | **0 КВ  1-2 КВ  3-4 КВ  5-6 КВ  Більше 7 КВ** |
| **Ви брали участь у семінарах GCP ?** | | | **Так  Ні** |
| **Контактна інформація** | | **Адреса:** |  |
| **Телефон:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Платник** | **Фізична особа (зазначте):** | |  |
| **Організація/компанія(зазначте):** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата заповнення заяви:** | **« »** | **20\_\_\_\_\_ р.** |

**Вартість за одного учасника – 4950 грн.**

**Заяву просимо направляти в електронному вигляді на адресу:** [**amsw@dec.gov.ua**](mailto:amsw@dec.gov.ua)

**Контактні особи:**

**• Бородай Світлана Миколаївна**

**Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)**

• **Галстян Андрій Генрійович**

**Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)**