**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**

**Контактні особи:**

**• Бородай Світлана Миколаївна**

**Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)**

• **Галстян Андрій Генрійович**

**Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)**