**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі-практикумі**

**«Детально про дослідження біоеквівалентності**

**ПОРІВНЯЛЬНІ ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ»**

**06 грудня 2023 р.**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище**  **Ім’я**  **По-батькові** |  |
| **Прізвище**  **Ім’я (Англійською мовою)** |  |
| **Місце роботи**  **Назва організації / закладу** | 🞏 Фармацевтична компанія  🞏 Контрактно-дослідницька організація  🞏 Інше (зазначте) |
| **Посада, вчений ступінь, наукове звання** |  |
| **Ви приймали участь** | 🞏 у семінарах, тренінгах стосовно біоеквівалентності  🞏 не приймав (ла) участі |
| **Контактна інформація** | Адреса:  Тел./факс  Е-mail: |
| **Платник** | Фізична особа (зазначте)  Організація/компанія (зазначте) |
| **Чи необхідний договір (так/ні)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата заповнення заяви: | « » | 2023 р. |

**Вартість за одного учасника – 6480 грн.**

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

**Контактна особа:**

• Бородай Світлана Миколаївна

Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)