**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./факсЕ-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**

**Контактна особа:**

• Бородай Світлана Миколаївна

Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)