

ЗАЯВА
на участь у семінарі

Цільовий аудит системи фармаконагляду заявників

26 червня 2023 р.

Київ, вул. Сім'ї Бродських, 10, Державний експертний центр МОЗ України

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

Дата заповнення « » 2023 р.
заяви:

Вартість за одного учасника - 6450 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)