

ЗАЯВА
на участь у семінарі

**Найпоширеніші невідповідності виявлені під час проведення аудиту
системи фармаконагляду заявників. Приклад розробки Плану
коригувальних та запобіжних заходів**

20 вересня 2023 р.

Київ, вул. Сім'ї 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 фармаконагляду ☐ 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 – 6480 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)