**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі**

**ГОСПІТАЛЬНА ОЦІНКА МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ -**

**ПРАКТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ НАУКОВО-ОБҐРУНТОВАНИХ РІШЕНЬ**

**НА РІВНІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**

**22.12.2023 р.**

**Київ, вул. Сімʼї Бродських, 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 ОМТ**  **🞏** **не приймав (ла) участі** |
| **Контактна інформація** |  |
| **Платник** | **Фізична особа (зазначте)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Організація/компанія (зазначте)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Чи необхідний договір (так/ні)** |  |

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

**Вартість за одного учасника – 6540 грн.**

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

**Контактна особа:**

**• Єфремова Валерія В’ячеславівна**

**Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)**