

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Просим зарегистрировать наших представителей в качестве участников повышения квалификации (ПК):** | | | |
| **Название** | **Деятельность фармацевтических организаций в 2021 году: мониторинг безопасности, маркировка и контроль качества лекарственных средств** |
| **Дата проведения** | **13-14 октября 2021 год** |
| **Стоимость участия (1 уч.)** |  |
| **Общая стоимость договора** | **Срок оплаты** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ФИО участников** | **Должность** | **Личный e-mail участника**  **(для оформления личного кабинета на обучение)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Организация (полное юридическое наименование)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| ИНН |  | КПП |  |
| БИК |  | Р/счет |  |
| К/счет |  | Наименование банка |  |
| Юридический адрес (с индексом): | | | |
| Почтовый адрес (с индексом) для отправки оригиналов документов: | | | |
| ФИО руководителя: | | | |
| Должность руководителя: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактное лицо: |  |
| Телефон (с кодом города): |  |
| E-mail\*: |  |
|  |  |

**ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ ПРОСИМ ВЫСЫЛАТЬ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ** [**GOLUBEVA@ANOMCDPO.RU**](mailto:GOLUBEVA@ANOMCDPO.RU)

**КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН +7 968 765 20 99**