**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі**

**«Належна клінічна практика (GCP). Нормативно-правове регулювання проведення клінічних випробувань»**

**2019 р.**

**Київ, вул. Смоленська, 10, ДП «Державний експертний центр МОЗ України»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище Ім’я По-батькові:** | | |  |
| **First name Last name:** | | |  |
| **Місце роботи:**  **(Назва організації/закладу):** | | | **Лікувально-профілактичний заклад та відділення:**  **Вищий навчальний медичний заклад та кафедра:**  **Фармацевтична компанія:**  **Контрактно-дослідницька організація:**  **Комісія з питань етики:**  **Інше (зазначте):** |
| **Посада, вчений ступінь, наукове звання:** | | |  |
| **Досвід роботи в галузі КВ (У якій кількості клінічних випробувань (КВ) ви приймали участь ?)** | | | **0 КВ  1-2 КВ  3-4 КВ  5-6 КВ  Більше 7 КВ** |
| **Ви приймали участь у семінарах GCP ?** | | | **Приймав(ла)  Не приймав(ла)** |
| **Контактна інформація** | | **Адреса:** |  |
| **Телефон:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Платник** | **Фізична особа (зазначте):** | |  |
| **Організація/компанія(зазначте):** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата заповнення заяви:** | **« »** | **2019 р.** |

**Вартість за одного учасника – 3996грн.**

**У вартість входить участь у семінарі, інформаційні матеріали, кава-брейк, обід**

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

**Контактні особи:**

• **Юрченко Олена Василівна або Шура Ірина Михайлівна**

**Тел: +38 (044) 202-17-02**

• **Самборський Андрій Євгенійович**

**Тел: +38 (044) 202-17-02 (5502)**