**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі-практикуму**

**«Інтегрований формат Плану управління ризиками (ПУР), створення та внесення змін. Розбір актуальних питань та найчастіших помилок»**

**11 вересня 2024 р.**

**Київ, вул. Сімʼї 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 брали участь** | 🞏 у семінарах, тренінгах стосовно фармаконагляду 🞏 не брав (ла) участі  |
| **Контактна інформація** | Адреса:Тел./факсЕ-mail:  |
| **Платник** | Фізична особа (зазначте ПІБ)Організація/компанія (зазначте назву)  |
| **Чи необхідний договір (так/ні)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Дата заповнення заяви:  | « » | 2024 р. |

**Вартість за одного учасника – 7 140,00 грн. (з ПДВ)**

Заяву просимо направляти в електронному вигляді на адресу: **amsw@dec.gov.ua**

**Контактна особа:**

• Єфремова Валерія В’ячеславівна

Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)

**Відділ фінансового планування, аналізу та звітності:**

• Андрощук Людмила Степанівна

Тел: +38 (044) 202-17-00 (8111)/ +38 (044) 202-17-00 (8110)