**ЗАЯВА**

**на участь у семінарі**

*«Підготовка до проведення клінічного аудиту клінічного випробування в місці проведення випробування: дії дослідника/заявника. Актуальні питання і відповіді»*

***12 б е р е з н я 2025 року***

**Київ, вул. Сімʼї Бродських (Смоленська), 10, Державний експертний центр МОЗ України**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ім’я, прізвище**  **(українською мовою)** |  |
| **Ім’я, прізвище (англійською мовою)** |  |
| **Дані про місце роботи:** | 🞏 Назва організації / закладу:  🞏 Юридична адреса організації / закладу:  🞏 Посада: |
| **Контактна інформація** | 🞏 Телефон:  🞏 Е-mail: |
| **Платник** | 🞏 ПІБ фізичної особи-платника:  АБО  🞏 ФОП  необхідно додати документи **(свідоцтво про держреєстрацію, довідку про взяття на облік платника податків)**  АБО  🞏 Назва організації/закладу-платника: |
| **Договір про надання інформаційно-консультаційних послуг (щодо проведення семінару)** | 🞏 так  🞏 ні |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата заповнення заяви:** | « » | 2025 р. |

**Вартість за одного учасника – 5 580,00 грн. (з ПДВ)**

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

**Контактні особи:**

**Агенція методологічної та науково-практичної роботи**

• Бородай Світлана Миколаївна

Тел: +38 (044) 202-17-00 (2251)

**Відділ фінансового планування, аналізу та звітності (з питань оформлення договору про надання інформаційно-консультаційних послуг)**

• Андрощук Людмила Степанівна Тел: +38 (044) 202-17-00 (8111)/ +38 (044) 202-17-00 (8110)