**Заявка на участие в семинаре**

Просим зачислить на обучение сотрудника предприятия с «11» октября 2021 года по «22» октября 2021 года по программе дополнительного профессионального образования: «Документы клинических исследований лекарственных средств» продолжительностью 72 учебных часа.

|  |  |
| --- | --- |
| Название организации:  |  |
| Занимаемая должность и ФИО руководителя (Лицо, уполномоченное подписывать договор):  |  |
| Документ, на основании которого действует руководитель (Устав или доверенность №) |  |
| Адрес юридический: |  |
| Адрес почтовый: |  |
| ФИО слушателя(в соответствии с паспортом):  |  |
| Учетная запись на Едином образовательном портале Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (есть или нет) |  |
| Занимаемая должность:  |  |
| Образование (с указанием квалификации и специальности по диплому): |  |
| Общий стаж в производстве и/или контроле качества ЛС: |  |
| Стаж работы на данном предприятии по занимаемой должности: |  |
| Трудовая книжка №:  |  | дата открытия:\_\_.\_\_.\_\_\_\_ |
| Тел. /факс: |  |
| @ E-mail:  |  |
| Контактное лицо (должность , тел., E-mail):  |  |
| Банковские реквизиты: | Название предприятияЮр. адресИНН КПП р/с Банкк/с БИК  |