**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 предприятия  Юр. адрес  ИНН  КПП  р/с  Банк  к/с  БИК | |