

**OBRAZAC PRIJAVE**

**Radionica za nositelje odobrenja: odabrane teme iz regulative lijekova**04. travnja 2025.  
Sky Office, R. Frangeša Mihanovića 9, Zagreb

Molimo Vas da ispunjeni obrazac prijave dostavite elektroničkom poštom gospođi Ivani Šabarić na adresu [ivana.sabaric@halmed.hr](mailto:ivana.sabaric@halmed.hr) najkasnije do **27. ožujka 2025.**

|  |  |
| --- | --- |
| Kotizacija | 300,00 EUR + PDV = 375,00 EUR |

Uplata kotizacije mora biti primljena najkasnije do **31. ožujka 2025. godine**. Molimo Vas da potvrdu uplate dostavite gospođi Ivani Šabarić na e-adresu [ivana.sabaric@halmed.hr](mailto:ivana.sabaric@halmed.hr).

|  |  |
| --- | --- |
| **Titula/zvanje *(prof., dr. sc., dr. med., mr. pharm., …)*** |  |
| **Ime** |  |
| **Prezime** |  |
| **Tvrtka/ustanova** |  |
| **OIB tvrtke/ustanove** |  |
| **Radno mjesto** |  |
| **Adresa i kućni broj uplatitelja** |  |
| **Poštanski broj** |  |
| **Grad** |  |
| **Država** |  |
| **Telefon** |  |
| **Telefaks** |  |
| **E-adresa** |  |
| **Napomene** |  |

**Način plaćanja kotizacije**

Kotizaciju je moguće platiti isključivo putem ponude. Nakon primitka ispunjenog obrasca prijave, poslat ćemo Vam potvrdu primitka i ponudu s detaljima za plaćanje.

**Ponudu za plaćanje kotizacije želim:**

**primiti e-poštom**

**primiti poštom**

**primiti telefaksom**

**osobno preuzeti u Agenciji za lijekove i medicinske proizvode, Ksaverska cesta 4, Zagreb**

**Želim da se ponuda za plaćanje kotizacije izda grupno za sve sudionike iz moje tvrtke/ustanove (označiti samo ako je primjenjivo te prilikom dostavljanja obrasca prijave navesti sudionike (npr. u e-poruci))**

Uplata treba sadržavati Vaše ime i prezime, tvrtku/ustanovu, kao i broj ponude, kako bismo osigurali ispravnu raspodjelu Vaše uplate. Sve bankovne troškove snosi uplatitelj.

**Ovime dajem privolu za obradu unesenih podataka u svrhu prijave sudjelovanja na regulatornoj radionici HALMED-a te zaprimanja informacija vezanih uz radionicu**

**Uvjeti otkazivanja**

U slučaju nemogućnosti dolaska, prijavljeni sudionik treba obavijestiti HALMED najkasnije do **01. travnja 2025. godine**.

**Odustajanje od sudjelovanja**

U slučaju odustajanja ili nedolaska na radionicu, primijenit će se sljedeća ljestvica obračuna troškova storniranja:

* do 01. travnja 2025. godine kotizacija se u potpunosti vraća
* od 02.-03. travnja 2025. godine organizator zadržava 30 posto kotizacije
* 04. travnja 2025. godine, odnosno u slučaju nedolaska na radionicu, organizator zadržava 100 posto kotizacije.

**Napomene**

Organizatori ne preuzimaju odgovornost za slučaj pretrpljenih ozljeda, gubitaka ili moguće štete za sudionike.

Organizatori zadržavaju pravo izmjene programa. Hvala na razumijevanju.