

## OBRAZAC ZA PRIJAVU

### Edukacijski tečaj

#### UVOD U VIGILANCIJU MEDICINSKIH PROIZVODA

**20. ožujka 2013. godine, Agencija za lijekove i medicinske proizvode (Ksaverska cesta 4), Zagreb**

Organizator: Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)

Molimo Vas da ispunjeni obrazac prijave za sudjelovanje na tečaju dostavite najkasnije do **18. ožujka 2013.** godine elektroničkom poštom dr. Karmeli Kopčić na adresu [karmela.kopcic@halmed.hr](mailto:karmela.kopcic@halmed.hr) ili dr. Žarku Meštroviću na adresu [zarko.mestrovic@halmed.hr](mailto:zarko.mestrovic@halmed.hr) ili telefaksom na broj 01/4884 110.

Broj mjesta na tečaju je ograničen (20) stoga molimo što raniju prijavu.

#### Kotizacija

<b>ZDRAVSTVENI RADNICI, SVEUČILIŠNI DJELATNICI I STUDENTI</b>	500,00 KN + PDV* = 625,00 KN
<b>REGULATORNA TIJELA</b>	600,00 KN + PDV* = 750,00 KN
<b>NOSITELJI ODOBRENJA I OSTALI</b>	1000,00 KN + PDV* = 1.250,00 KN

\*Od 1. ožujka 2012. godine PDV iznosi 25%

#### Uplata kotizacije

Nakon prijave, uplata kotizacije obavit će se isključivo putem predračuna koji će sudioniku biti dostavljen poštom/telefaksom na kontakte naznačene u prijavi (u prijavnici je potrebno naznačiti način na koji želite primiti predračun za plaćanje kotizacije).

Molimo Vas da kopiju uplatnice najkasnije do **19. ožujka 2013.** godine dostavite dr. Žarku Meštroviću elektroničkom poštom na adresu [zarko.mestrovic@halmed.hr](mailto:zarko.mestrovic@halmed.hr) ili telefaksom na broj 01/4884 110, uz napomenu 'Za Odsjek za medicinske proizvode'.

#### Otkazni rok

U slučaju nemogućnosti dolaska, prijavljeni sudionik treba obavijestiti dr. Karmelu Kopčić na 01/4884 114 ili dr. Žarka Meštrovića na 01/4884 339 najkasnije do **19. ožujka 2013.** godine.

#### Bodovanje tečaja

Organizator će zatražiti od Hrvatske liječničke komore, Hrvatske ljekarničke komore, Hrvatske komore medicinskih biokemičara, Hrvatske komore medicinskih sestara i Hrvatske komore zdravstvenih radnika bodovanje prisustvovanja radionici sukladno pravilnicima navedenih komora.

**PODACI O SUDIONIKU**

IME	
PREZIME	
TITULA	
USTANOVA	
ADRESA PLATITELJA	
OIB PLATITELJA	
KONTAKT TELEFON/MOB.	
E-ADRESA	
TELEFAKS	
DATUM PRIJAVE	
PREDRAČUN ZA PLAĆANJE KOTIZACIJE ( <i>molimo podcrtati jednu od opcija</i> )	a) želim primiti poštom b) želim primiti telefaksom