

OBRAZAC ZA PRIJAVU

RADIONICA O ULOZI ZDRAVSTVENOG RADNIKA U PRAĆENU NUSPOJAVA LIJEKOVA I FARMAKOVIGILANCIJSKOM SUSTAVU U REPUBLICI HRVATSKOJ

20. svibnja 2010. godine, Agencija za lijekove i medicinske proizvode Republike Hrvatske, Zagreb

Ako želite prisustvovati navedenoj radionici molimo Vas da proučite uvjete prijave, ispunite ovaj obrazac te ga pošaljete na e-mail adresu (armano.rajh@almp.hr) ili na broj telefaksa: +385 1 4884 110, s naznakom da je za gospodina Armana Rajha. Obrazac trebate poslati najkasnije do **18. svibnja 2010.**

KOTIZACIJA	500,00 KN + PDV = 615,00 KN
-------------------	-----------------------------

Kotizacija za radionicu uključuje pisani materijal, stanku za kavu te certifikat o sudjelovanju.

Uplata Kotizacije:

Kotizacija se uplaćuje po prijavi virmanski na žiro račun Agencije za lijekove i medicinske proizvode Republike Hrvatske (HALMED) broj: 2340009-1110133093, u pozivu na broj odobrenja upisati OIB ili MBG, u rubriku opis plaćanja „Radionica farmakovigilancija“ – ime i prezime sudionika.

Molimo Vas da kopiju uplatnice dostavite na e-mail adresu armano.rajh@almp.hr ili telefaks: +385 1 4884 110, s naznakom da je za gospodina Armana Rajha, najkasnije do **18. svibnja 2010.**

Otkazni rok

U slučaju nemogućnosti dolaska prijavljeni sudionik treba obavijestiti gospodina Armana Rajha (armano.rajh@almp.hr; telefaks: +385 1 4884 110), najkasnije do **18. svibnja 2010.**

PODACI O SUDIONIKU

(potrebno je ispuniti sva polja)

Ime i prezime:	
Ustanova / tvrtka:	
Adresa ustanove/tvrtke:	
OIB ili MBG:	
Struka:	
Telefon:	
Telefaks:	
E-mail:	

Potpis prijavljenog sudionika