



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W IV EDYCJI AKADEMII REJESTRACJI LEKÓW

Zgłaszam swój udział w cyklu szkoleniowym Akademia Rejestracji Leków. Znam i akceptuję warunki uczestnictwa w tym projekcie (warunki uczestnictwa dostępne są na stronie www.farmacjaprzemyslowa.com.pl).

.....

Data i podpis

Imię i nazwisko	
Wykształcenie	
Doświadczenia zawodowe	Praca w przemyśle farmaceutycznym: tak, nie*, w innym jakim:..... W Dziale:....., od ilu lat Stanowisko:..... Zakres dotychczasowych czynności/odpowiedzialności: Inne istotne informacje:
Miejsce pracy	
Adres do kontaktu	
e-mail	
Telefon	
Dane do faktury	
Płatność (wypełnić po ustaleniu z organizatorem)	

*odpowiednie zaznaczyć