**Приложение 1**

**Заявка на участие в обучающем семинаре**

**«Фармаконадзор и доказательная медицина в системе здравоохранения»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование раздела** | **Описание**  |
|  | Фамилия, имя, отчество |  |
|  | Ученая степень, специальность |  |
|  | Ученое звание |  |
|  | Место работы |  |
|  | должность |  |
|  | Сотовый телефон |  |
|  | E-mail |  |
|  | Плательщик (полностью реквизиты для выставления счета для оплаты) |  |

Контакты: d.esbolatova@dari.kz, south51@mail.ru, 87014010494, 8(727)2734559