**Заявка на участие в обучающем семинаре**

**«Классификация медицинских изделий. Критерии отнесения к медицинским изделиям»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование раздела** | **Описание** |
|  | Фамилия, имя, отчество |  |
|  | Ученая степень, специальность |  |
|  | Ученое звание |  |
|  | Место работы |  |
|  | Должность |  |
|  | Сотовый телефон |  |
|  | E-mail |  |

Контакты: [d.esbolatova@dari.kz](mailto:d.esbolatova@dari.kz), 87014010494, 8(727)2734559