***форма***

*Заполняется на фирменном*

*бланке Компании - участника*

Главному врачу ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)

А.В. Овсянкину

**Заявка**

**на участие в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(собрании, конгрессе, съезде, научно-практической конференции, симпозиуме, семинаре, выставке, совещании, олимпиаде)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование Компании:** |  |
| **Юридический адрес:** |  |
| **Ф.И.О. представителя:** |  |
| **Цель нахождения (взаимодействия)\*:** |  |
| **Дата:** |  |
| **Место проведения:** |  |
| **Контактные данные Компании (представителя Компании):** |  |

Подпись, дата, печать Компании

\* - выбрать из перечня целей нахождения (взаимодействия):

- по вопросам проведения клинических исследований лекарственных препаратов;

- по вопросам проведения клинических испытаний медицинских изделий;

- участия в порядке, установленном администрацией ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск), в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на повышение их профессионального уровня или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов и мониторинга безопасности медицинских изделий.