Генеральному директору

ФГБУ «ВНИИМТ» Росздравнадзора

Д.Т. Шарикадзе

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается наименование юр. лица*

*и ФИО для физ. лица, адрес)*

**Заявка на участие**

**в семинаре**

**Уважаемый Денис Тамазович!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указывается наименование юр. лица и ФИО для физ. лица)* просит Вас включить в список слушателей семинара на тему:

 **«Основные аспекты обращения медицинских изделий в рамках ЕАЭС»,**

который состоится **04.12.2018 г.** по адресу: г. Москва, Краснопресненская набережная, д. 14, ЦВК «Экспоцентр»

**1. Количество участников семинара от вашей организации \_\_\_\_\_**

**2. Фамилия, имя, отчество, должность участников** (разборчиво)

**1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Название организации**

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

**4. ФИО и должность руководителя организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Почтовый адрес организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**6. Юридический адрес организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**7. Номер контактного телефона** (код)

 **факс** (код)

 **мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. Электронная почта**

 **для получения договора и счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (обязательно)**

**9.Учетная карта организации – приложением к заявке.**

**10.Электронная почта участника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(обязательно)**

Оплату гарантирую(ем) \* **23 600 руб**. (двадцать три тысячи шестьсот рублей) с учетом НДС.

Подпись лица, направляющего заявку на участие /ФИО –полностью/

*\* для юр. лиц необходимо указать банковские реквизиты (учетную карточку организации), для физ. лиц необходимо указать адрес регистрации и все паспортные данные (№, серия, паспорт выдан, дата выдачи, ФИО без сокращения, место регистрации) и если есть ИНН*

***\*если необходима счет-фактура указать***

**Cчет-фактура предоставляется после получения акта выполненной услуги.**

Координатор по вопросам организации и проведения семинара: ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора Баринова Олеся Леонидовна, тел. 8 (495) 645- 38-32 (доб. 392), электронная почта: **obr@vniiimt.org**