

Генеральному директору
АСНП «ЦВКК»
Зарубиной Е.А.

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в семинаре на тему

«Комплект регистрационных документов для регистрации медицинских изделий IVD в ЕАЭС. Аналитическая эффективность. Особенности оценки соответствия».

который состоится **06 ноября 2020 г.**

по адресу: 129090, Москва, пл. Малая Сухаревская д. 3, стр. 2, 1 этаж, ком. 17

Наименование организации-плательщика (в соответствии с учредительными документами) **или физического лица**

Ф.И.О. контактного лица _____

Телефон _____ **Е-mail** для договора и счета _____

Количество участников семинара от организации _____

№ п/п	ФИО (полностью), обучающегося (разборчиво)	Должность обучающегося
1.		
2.		
3.		

Для выставления счета, оформления договора и счета-фактуры просим указать точные реквизиты:

Должность, ФИО руководителя _____,
действующий на основании _____, **е-mail** (**обязательно!**)

Юридический адрес (**указать индекс!**) _____

Почтовый адрес (*указать индекс!*) _____

Р/с _____ Наименование банка _____

Кор. счет _____

БИК _____ ИНН _____ КПП _____

Оплату гарантирую(ем).* **24 000 руб.** (двадцать четыре тысячи рублей) с учетом НДС за одного участника.

** 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), ИНН при наличии*

**если необходима счет-фактура, то указать это!!!*

Счет – фактура предоставляется после получения акта выполненной услуги.

(должность руководителя)

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

«_____» _____ 2020г.