

Генеральному директору

АСНП «ЦВКК»

Зарубиной Е.А.

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в вебинаре на тему

**«Оценка и подтверждение соответствия медицинских изделий общим требованиям безопасности и эффективности медицинских изделий, требованиям к их маркировке и эксплуатационной документации на них для регистрации в ЕАЭС»**

который состоится **25 января 2021 года**

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

**Ф.И.О участника семинара/вебинара** \_\_\_\_\_

**Телефон** \_\_\_\_\_ **Е-mail для договора и счета** \_\_\_\_\_

**Телефон участника семинара/вебинара** \_\_\_\_\_

**Е-mail участника семинара/вебинара** \_\_\_\_\_

**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.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.