

Генеральному директору  
АСНП «ЦВКК»  
Зарубиной Е.А.

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в семинаре на тему

**«Начало обращения медицинских изделий в ЕАЭС. Рекомендации по практической подготовке документов для введения в обращение медицинских изделий на территории стран-членов ЕАЭС», который состоится 31 января 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 \_\_\_\_\_ E-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 \_\_\_\_\_, e-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.