



Akademia Rejestracji Leków Edycja V



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W V EDYCJI AKADEMII REJESTRACJI LEKÓW

Zgłaszam swój udział w cyklu szkoleniowym Akademia Rejestracji Leków. Znam i akceptuję Regulamin udziału w Akademii Rejestracji Leków (Regulamin tutaj).

Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną dotyczącą zasad przetwarzania przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne danych osobowych uczestnika.

.....

Data i podpis

Imię i nazwisko	
Wykształcenie	
Doświadczenia zawodowe	Praca w przemyśle farmaceutycznym: tak, nie*, w innym jakim:..... W Dziale:....., od ilu lat Stanowisko:..... Zakres dotychczasowych czynności/odpowiedzialności: Inne istotne informacje:
Miejsce pracy	
Adres do kontaktu	
e-mail	
Telefon	
Dane do faktury	



Akademia Rejestracji Leków Edycja V



Warunki płatności *)	Rabaty: ☐ 10% przy zgłoszeniach do dnia 10.12.2021 r., ☐ 10% dla drugiej i każdej kolejnej osoby z tej samej firmy, ☐ 15% dla osób prywatnych Opłaty: ☐ pełna płatność ☐ ratalna
---------------------------------	---

*odpowiednie zaznaczyć