

**Обучение**

**по добра клинична практика за изследователи със съдействието на APPLETREE CI GROUP AG**

**Формуляр-заявка за участие**

**Име**  …………………………………………………………………………………...

(име, презиме, фамилия)

**Месторабота** ...................……………………………………………………………….......

**Специалност**  ………………………………………………………………………………...

**Е-mail** …………………………………………………………………………………...

**Телефон** …………………………………………………………………………………...

***Забележка****: След предварителна регистрация и оценка на статута (МУ – Варна осигурява безплатно обучение за членовете на научноизследователски екипи) ще Ви бъде изпратена информация за извършване на плащането на предвидената такса от 95 лв.*