|  |
| --- |
| **FORMULAR DE PARTICIPARE** |

Curs de instruire privind legislaţia în domeniul dispozitivelor medicale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANT:** | | |
| Denumire operator economic: | | |
| Sediul: | | |
| Adresa de corespondență: | | |
| Telefon: | | E-mail: |
| Cod fiscal: | | Cont IBAN: |
| Banca: | | |
| Număr înregistrare la Registrul comerţului: | | |
| Reprezentantul legal: | Nume, prenume: |  |
|  | Funcţia: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.PARTICIPANT:** | | | | |
| Nume | Prenume | Funcţia | Denumire curs | Data |
|  |  |  | C1  x |  |
| C2 |  |
| C3 |  |
| **2. PARTICIPANT:** | | | | |
| Nume | Prenume | Funcţia | Denumire curs | Data |
|  |  |  | C1 |  |
| C2 |  |
| C3 |  |

*Fiecare curs se desfăşoară pe durata unei zile.*

*Tariful de participare este de* ***500 lei/participant/zi****.*

*Plata se va face în contul* ***RO90INGB 0000 9999 1034 0849*** *deschis la ING Bank N.V. Amsterdam - Sucursala*

*Bucureşti,*

*Prezentul formular ţine loc de comandă, iar semnarea sa reprezintă acordul dvs. pentru instruirea persoanei/persoanelor menţionate şi angajamentul ferm de achitare a tarifului de participare până cel târziu cu 10 zile înainte de data desfăşurării cursului de instruire pentru care s-a efectuat înscrierea.*

Data: Nume, funcţie: Semnătura, ştampila:

*Formularul completat se va transmite către MEDTECH CONSULTING SRL la adresa de e-mail::*

[*medtech\_consulting@yahoo.com*](mailto:medtech_consulting@yahoo.com)

*Pentru a avea asigurat un loc la acest program vă rugăm să transmiteţi acest formular completat, însoţit de copia ordinului de plată sau a extrasului de cont până la data limită de înscriere, prin e-mail.*

*Înscrierea se consideră validă după primirea documentelor menţionate mai sus.*