**РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА**

по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации

(тематическое усовершенствование)

**«ФАРМАКОНАДЗОР В СИСТЕМЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТерапии»**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование учреждения здравоохранения в соответствии с учредительными документами |  |
| Должность и ФИО руководителя учреждения |  |
| Код города, контактный телефон, факс |  |
| Электронная почта |  |
| ФИО слушателей/должность | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |