

فرم ثبت مشخصات شرکت کنندگان در کارگاه آموزشی

به: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

از: شرکت / شخص _____

با حضور همکاران معرفی شده به شرح جدول ذیل، موافقت به عمل می آید. مهر و امضاء مدیر عامل / شخص

تحقیقات بازار با نگاه به توسعه محصولات جدید				
سه شنبه ۱۳۹۹/۰۴/۱۷				
ر.	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	سمت در شرکت	شماره موبایل

آشنایی با ضوابط و فرآیند ثبت مکملها در سازمان غذا و دارو				
چهارشنبه ۹۹/۰۴/۱۸				
ر.	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	سمت در شرکت	شماره موبایل

معتبر سازی اتاقهای تمیز در صنعت داروسازی و مکمل				
پنج شنبه ۱۳۹۹/۰۴/۱۹				
ر.	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	سمت در شرکت	شماره موبایل

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش / مسئول ثبت نام: _____

شماره تلفن همراه " " " " : _____

ارسال فرم پس از تکمیل به دفتر سندیکا از طریق ایمیل seminar@syndipharma.org

شماره Whatsapp ۰۹۱۲۰۳۷۸۹۲۵ جهت انجام هماهنگی (سرکار خانم زارع)