**SMART FARMACEUT – PROCES UPRAVLJANJA TERAPIJOM**

PRIJAVA ZA UČEŠĆE NA EDUKACIJI:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime učesnika\* |  |
| Firma/Organizacija |  |
| PIB (za pravna lica) |  |
| Adresa |  |
| Telefon |  |
| e-mail |  |

*\* Za prijavu više učesnika dodati potreban broj redova i navesti ime i prezime svakog učesnika.*

KOTIZACIJA:

|  |  |
| --- | --- |
| Iznos | 200€ |
| Uplatu izvršiti na žiro račun CInMED: | * **Hipotekarna banka AD Podgorica**: 520-3603-33 * **NLB banka AD Podgorica**: 530-166587-93 |
| Instrukcije za  uplate iz inostranstva: | * **Hipotekarna banka AD Podgorica, Montenegro**:   **SWIFT**:  HBBAMEPGXXX  Hipotekarna banka AD Podgorica, Montenegro  **IBAN No**:  ME25520420000000072389  **Name and address**:  Institut za ljekove i medicinska sredstva Crne Gore  (Institute for Medicines and Medical Devices of Montenegro)  Bulevar Ivana Crnojevića 64a, Podgorica   * **NLB banka AD Podgorica:**   **SWIFT**:  MNBAMEPG  NLB Banka  **IBAN Code**:  ME25530005030006098394  **Name:**  INSTITUT ZA LJEKOVE I MEDICINSKA SREDSTVA |

Kotizacija uključuje sve aktivnosti navedene u programu edukacije.

CInMED se obavezuje da će dostavljene podatke koristiti samo u svrhe organizacije edukacije i da ih u druge svrhe neće koristiti.

Prijavni formular poslati na: edukacije@cinmed.me.