

مشخصات شرکت کنندگان در کارگاه آموزشی تخصصی ۳ روزه
چگونگی طراحی، احراز کیفیت و بازرسی سیستم‌های تولید آب دارویی

به: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

از: شرکت / شخص _____

با حضور همکاران معرفی شده به شرح جدول ذیل، موافقت به عمل می‌آید. مهر و امضاء مدیرعامل / شخص

ر.	نام و نام خانوادگی	کد ملی	رشته تحصیلی	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)