

**OBRAZAC PRIJAVE**

**Konferencija "15 godina HALMED-a: (retro)perspektiva"**26. studenog 2018. godine
The Westin Zagreb, Izidora Kršnjavoga 1, Zagreb

Molimo Vas da ispunjeni obrazac prijave dostavite HALMED-u na e-adresu konferencija@halmed.hr ili telefaksom na broj +385 1 4884 119 najkasnije do **22. studenog 2018. godine**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kotizacija za zdravstvene radnike, sveučilišne djelatnike i studente** | **500,00 kn + PDV = 625,00 kn** |
| **Kotizacija za regulatorna tijela** | **600,00 kn + PDV = 750,00 kn** |
| **Kotizacija za nositelje odobrenja i ostale** | **1.000,00 kn + PDV = 1.250,00 kn** |

Uplata kotizacije mora biti primljena najkasnije do **22. studenog 2018. godine**. Molimo Vas da potvrdu uplate dostavite na e-adresu konferencija@halmed.hr ili telefaksom na broj +385 1 4884 119.

|  |  |
| --- | --- |
| **Titula/zvanje *(prof., dr. sc., dr. med., mr. pharm., …)*** |   |
| **Ime** |   |
| **Prezime** |   |
| **Tvrtka/ustanova** |   |
| **OIB tvrtke/ustanove** |   |
| **Radno mjesto** |   |
| **Adresa i kućni broj uplatitelja** |   |
| **Poštanski broj** |   |
| **Grad** |   |
| **Država** |   |
| **Telefon** |   |
| **Telefaks** |   |
| **E-adresa** |   |
| **Članstvo u komori** | [ ] HLK  |
| [ ] HLJK |
| [ ] HKMB |
| **Članski broj HLJK-a** ***(obvezno za članove Hrvatske ljekarničke komore)*** |   |
| **Osnivač/vlasnik tvrtke/ustanove** ***(obvezno za članove Hrvatske ljekarničke komore)*** |   |
| **Napomene** ***(alergije, vegetarijanski meni, posebne potrebe i sl.)*** |   |

**Način plaćanja kotizacije**

Kotizaciju je moguće platiti isključivo putem ponude. Nakon primitka ispunjenog obrasca prijave, poslat ćemo Vam potvrdu primitka i ponudu s detaljima za plaćanje.

**Ponudu za plaćanje kotizacije želim:**

[ ] **primiti e-poštom**

[ ] **primiti poštom**

[ ] **primiti telefaksom**

[ ] **osobno preuzeti u Agenciji za lijekove i medicinske proizvode, Ksaverska cesta 4, Zagreb**

[ ]  **Želim da se ponuda za plaćanje kotizacije izda grupno za sve sudionike iz moje tvrtke/ustanove (označiti samo ako je primjenjivo te prilikom dostavljanja obrasca prijave navesti sudionike (npr. u e-poruci))**

Uplata treba sadržavati Vaše ime i prezime, tvrtku/ustanovu kao i broj ponude kako bismo osigurali ispravnu raspodjelu Vaše uplate. Sve bankovne troškove snosi uplatitelj.

[ ]  **Ovime dajem privolu za obradu unesenih podataka u svrhu prijave sudjelovanja na konferenciji HALMED-a te zaprimanja informacija vezanih uz konferenciju**

[ ]  **Ovime dajem privolu za objavu fotografija s konferencije HALMED-a na kojima se nalazim**

**Uvjeti otkazivanja**

U slučaju nemogućnosti dolaska, prijavljeni sudionik treba obavijestiti HALMED najkasnije do **22. studenog 2018. godine**.

**Odustajanje od sudjelovanja**

U slučaju odustajanja ili nedolaska na skup, primijenit će se sljedeća ljestvica obračuna troškova storniranja:

* do 22. studenog 2018. godine kotizacija se u potpunosti vraća
* od 23. do 25. studenog 2018. godine organizator zadržava 30 posto kotizacije
* 26. studenog 2018. godine, odnosno u slučaju nedolaska na skup, organizator zadržava 100 posto kotizacije

**Napomene**

Sudjelovanje na konferenciji vrednovat će se sukladno pravilnicima Hrvatske liječničke komore (HLK), Hrvatske ljekarničke komore (HLJK) i Hrvatske komore medicinskih biokemičara (HKMB).

Molimo članove Hrvatske ljekarničke komore da prilikom ispunjavanja obrasca za prijavu sudjelovanja na konferenciji navedu svoj članski broj iskaznice HLJK-a te osnivača odnosno vlasnika tvrtke ili ustanove u kojoj su zaposleni, s obzirom na to da su ovi podaci nužni za prijavu aktivnih i pasivnih sudionika skupa za bodovanje HLJK-a.

Organizatori ne preuzimaju odgovornost za slučaj pretrpljenih ozljeda, gubitaka ili moguće štete za sudionike.

Organizatori zadržavaju pravo izmjene programa. Hvala na razumijevanju.