**ЗАЯВКА**

**на участие в Межрегиональном заочном конкурсе научно-исследовательских работ по ПМ. 01. Реализация лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента**

|  |  |
| --- | --- |
| Название образовательного учреждения (полностью) |  |
| Название образовательного учреждения (сокращенное) |  |
| Фамилия, имя, отчество руководителя образовательной организации (полностью) |  |
| Фамилия, имя, отчество участника полностью |  |
| Фамилия, имя, отчество научного руководителя полностью |  |
| Название научно-исследовательской работы |  |
| Контактный телефон научного руководителя |  |
| E-mail образовательной организации |  |
| Согласие на обработку персональных данных (да/нет) |  |