

Національна Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського»

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТИЖДЕНЬ ІМУНІЗАЦІЇ.
ПОПЕРЕДЬ. ЗАХИСТИ.
ЗРОБИ ЩЕПЛЕННЯ»

ЗАПРОШЕННЯ

25 квітня 2013 року, Київ
Будинок кіно, Синій зал (вул. Саксаганського, 6)



Інформаційна підтримка



Здоров'я України



Туристичний партнер



Організатори



БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД
«За безпечну медицину»

Інтернет-підтримка

www.chil.com.ua

Організатори:

ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»,
м. Київ, вул. Боженка, 86Е, оф. 7, тел./факс +38 (044) 200-17-73, e-mail: office@newvivo.com.ua

Шановний колего!

Запрошуємо Вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТИЖДЕНЬ ІМУНІЗАЦІЇ. ПОПЕРЕДЬ. ЗАХИСТИ. ЗРОБИ ЩЕПЛЕННЯ», який відбудеться 25 квітня 2013 року в Синьому залі Будинку кіно за адресою: м. Київ, вул. Саксаганського, 6.

Реєстрація учасників з 09:00
Початок конференції о 10:00

Основні науково-практичні напрями:

- актуальні питання вакцинопрофілактики вірусних, бактеріальних інфекцій
- роль вакцинопрофілактики в покращенні епідемічної ситуації інфекційних хвороб
- наукові аспекти імунопрофілактики
- нові можливості профілактики інфекційних хвороб
- проблемні аспекти організації проведення планової вакцинації на сучасному етапі
- перспектива створення нових імунобіологічних препаратів для профілактики інфекційних хвороб

Відеоматеріали будуть розміщені на порталі www.chil.com.ua

УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ ОТРИМАЮТЬ СЕРТИФІКАТ

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА ДЕЛЕГАТА

Науково-практична конференція «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТИЖДЕНЬ ІМУНІЗАЦІЇ. ПОПЕРЕДЬ. ЗАХИСТИ. ЗРОБИ ЩЕПЛЕННЯ» (Київ, 25 квітня 2013 р.)
ВИ ТАКОЖ МОЖЕТЕ ЗАРЕЄСТРУВАТИСЯ В РЕЖИМІ ON-LINE НА САЙТІ WWW.CHIL.COM.UA

ПІБ _____
Спеціалізація _____
Науковий ступінь, вчене звання _____
Місце роботи _____
Посада _____
Домашня адреса для листування
Вулиця _____ Будинок _____ Корп. _____ Кв. _____
Місто _____ Область _____ Поштовий індекс _____
Мобільний телефон _____ E-mail _____

Про свої права згідно з законом України «Про захист персональних даних», мету збору персональних даних та осіб, яким передаватимуться персональні дані ознайомлений (-а)¹
¹ Визначаючи умови Закону України «Про захист даних», безстроково без застережень надаю повну згоду на збирання, обробку (в т.ч. збирання, реєстрація, накопичення, збереження, знову, відновлення, використання, поширення (реалізація), передачу третім особам), розміщення в базис персональних даних, надання вище. ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп» та іншим пов'язаним особам, для накопичення зазначених даних та їх систематизації, з метою залучення мене в майбутні маркетингові дослідження, інформувати про конгреси, з'їзди і конференції в медичній сфері, а також надання іншої інформації.

Я підтверджую, що маю медичну освіту та є співробітником охорони здоров'я. Цим прошу надати мені доступ до інформації, необхідної для моєї професійної діяльності.

Підпис _____