Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

ul. Żeromskiego 77 lok. 6 01-882 Warszawa

e-mail : klaudiusz.kulak@oia.waw.pl

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU - prosimy przesłać do 7.05.br**

**w I Sesji Szkoleniowej Farmaceutów – członków OIA w Warszawie**

pracujących w aptekach ogólnodostępnych

26 - 27 maja 2018 r.

(Centrum Konferencyjne GREEN PARK, Serock, ul. Wyzwolenia 63)

**Nazwisko ..................................................................... imiona ..............................................................................................**

miejsce zamieszkania: kod ............. - ............................ miejscowość ...................................................................................

ulica .............................................................................................................nr domu ................. nr mieszkania .....................

tel................................................ **adres e-mail**

adres miejsca pracy (apteki)…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

ZAJMOWANE STANOWISKO …………………………………………….

**Proszę o zakwaterowanie w pokoju z:**

………………………….…....………………………………………

imię i nazwisko

1. Proszę o zarezerwowanie miejsca w autokarze, **TAK** \***/ NIE \***

**-** planuję przyjazd własnym środkiem transportu **TAK** \***/ NIE \***

ok. godz. ……….. **\*odpowiednie wpisać**

**2.** Opłatę w wysokości **123 zł gotówką** (sto dwadzieścia trzy zł) wpłacę

w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pani: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dd-mm-rrrr)

**3.** Proszę o wystawienie faktury

Nazwa firmy …….……………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………

..……………………………………………………………………………………………………………..……………

NIP ………………………………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis