Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

ul. Żeromskiego 77 lok. 6; 01-882 Warszawa

e-mail anna.skolek@oia.waw.pl

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU - prosimy przesłać do 31.07.br**

w **XIII** Sesji Szkoleniowej Komisji Aptek Szpitalnych, Zakładowych i Działów Farmacji

w dniach 21 – 23 września 2018 r. (hotel Nidzki, Ruciane Nida)

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

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

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

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

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

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

1. **Proszę o zakwaterowanie w pokoju z:**  …………………………………….…....……

imię i nazwisko

1. **Będę\* / Nie będę\* korzystać z noclegu.**

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

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

ok. godz. ………..

***\*odpowiednie wpisać***

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

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

(dd-mm-rrrr)

**5. Deklaruję udział w rejsie statkiem w sobotę 22.09 TAK \* / NIE \***

**6. Proszę o wystawienie faktury**

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

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

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

NIP …………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis