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 19.09.br**

 w **IX** Sesji Szkoleniowej Właścicieli Aptek

w dniach 12 – 14 października 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 190 zł gotówką (sto dziewięćdziesiąt zł) wpłacę**

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

 (dd-mm-rrrr)

**5. Deklaruję udział w wycieczce do Gierłoży w sobotę 13.10 TAK \* / NIE \***

**6. Proszę o wystawienie faktury**

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

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

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

NIP …………………………………………

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

 data i podpis