Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

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

fax: 22 635-27-72

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

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU**

w XIV Sesji Szkoleniowej Komisji Aptek Szpitalnych, Zakładowych i Działów Farmacji

w dniach 5 – 7 kwietnia 2019 r.

(Hotel Sobienie Królewskie)

***prosimy przesłać do 20 marca br.***

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

**miejsce zatrudnienia**: kod ............. - ............................ miejscowość ...................................................................................

ulica .............................................................................................................

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

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

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 \***

**\*odpowiednie wpisać**

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

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

(dd-mm-rrrr)

**5. Proszę o wystawienie faktury**

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

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

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

NIP ………………………………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data i podpis