***Uwaga !!! Prosimy o złożenie do piątku – 20 września 2019 r.***

***e-mail:*** [***klaudiusz.kulak@oia.waw.pl***](mailto:klaudiusz.kulak@oia.waw.pl)*, biuro ul. Żeromskiego 77 lok. 6, 01-882 Warszawa*

# Karta zgłoszenia

# na X Sesję Szkoleniowo-Integracyjną Komisji Młodych Farmaceutów

***w dniach 18-20 października 2019 r. w Mąchocicach Kapitulnych.***

***Imię i Nazwisko:*** *..............................................................................................................................*

*e-mail:*

*telefon: kom. .............................................................*

***miejsce pracy*** *: .........................................................................................................................................*

*ul. ....................................................................................................................................................................*

*kod ....... -......... miejscowość ...................................................................*

***dokładny adres do korespondencji*** *:*

*ul. ...............................................................................................................................................................*

*kod ....... -......... miejscowość....................................................................*

***Zgłaszam udział w X Sesji Szkoleniowej Młodych Farmaceutów***

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

*2. Dojadę we własnym zakresie* ***TAK / NIE\****

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

*imię i nazwisko*

*OPŁATĘ 100 ZŁ ZA UDZIAŁ W SESJI WPŁACIŁAM / EM W DNIU …- … 2019r.*

*K. KULAKOWI / E. NOWAKOWSKIEJ (RADOM) / J. ŻABIŃSKIEMU* ***\****

***\*niepotrzebne skreślić***

*..............................................*

*data i podpis*