Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

ul. Żeromskiego 77 lok. 6 01-882 Warszawa

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

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU**

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

w dniach 20-22 września 2019 r. (hotel Zamek Gniew, Gniew ul. Sobieskiego 12)

**(prosimy przesłać do 30.08.br)**

**Nazwisko ..................................................................... imię..................................... Nr PWZ...................................**

miejsce pracy: kod ............. - ............................ miejscowość ...................................................................................

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

Tel kom.......................................... **adres e-mail**

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

 imię i nazwisko

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

 **\*odpowiednie wpisać**

2**.** Opłatę w wysokości **123 zł** (sto dwadzieścia trzy zł) wpłacę przelewem na rachunek bankowy

Zamek GNIEW Sp. z o.o.

ul. Zamkowa 3

83-140 Gniew

**51 8346 0005 0006 3047 2000 0001** (Bank Spółdzielczy w Gniewie)

do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (dd-mm-rrrr)

 (Członkowie innych Izb wnoszą pełną odpłatność 594,- zł)

3. Deklaruję zwiedzanie miasta z przewodnikiem: **TAK** \* **/ NIE**

4 . Deklaruję zwiedzanie Zamku nocą : **TAK** \* **/ NIE \***

5**.** Proszę o wystawienie faktury

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

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

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

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

 data i podpis