Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

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

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

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU**

w X Sesji Szkoleniowej Kierowników Aptek Ogólnodostępnych

w dniach 12-13 października 2019 r.

(Hotel PANORAMA, Mszczonów, ul. Tarczyńska 109)

**Prosimy przesłać do 30 września br.**

**Nazwisko ..................................................................... imię .............................. nr PWZ......................................................**

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

Miejsce pracy :

nazwa apteki ………………………….ul…………………..………………………………….…….. 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 \***

**4. Deklaruję udział w wycieczce**

**do Muzeum Anny i Jarosława Iwaszkiewiczów w Stawisku TAK** \***/ NIE \***

**\*odpowiednie wpisać**

**4.** Opłatę **gotówką** w wysokości **123,00 zł** (sto dwadzieścia trzy zł.) wpłacę

w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pani ………………………………

(dd-mm-rrrr)

**5.** Proszę o wystawienie faktury

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

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

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

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