Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

ul. Żeromskiego 77 lok. 6

01-882 Warszawa

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

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU**

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

w dniach 8 – 10 października 2021 r. (Kompleks Recepcyjno-Wypoczynkowy Łańsk)

**(prosimy przesłać do 1.10. 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**.** W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ opłatę w wysokości **125 zł** (nocleg i wyżywienie) wpłacę przelewem bezpośrednio na rachunek bankowy nr **32 1130 1017 0020 1466 4320 0003** na rzecz **Centrum Obsługi Administracji Rządowej Kompleks Recepcyjno Wypoczynkowy Łańsk**

(Członkowie innych Izb wnoszą pełną odpłatność 679,60,- zł)

skan potwierdzenia przelewu prześlę mailem na adres: anna.skolek@oia.waw.pl

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

5**.** Proszę o wystawienie faktury

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

Dokładny adres ……………………………………………………………………………………………………………………………

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

NIP …………………………………………

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

data i podpis