Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

ul. S. Żeromskiego 77 lok. 6,

01-882 Warszawa

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

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU**

 **w XIV Sesji Szkoleniowej Właścicieli Aptek Ogólnodostępnych**

w dniach **4-6.10. 2024** r. (Zespół Zamkowo Parkowy w Baranowie Sandomierskim ul. Zamkowa 22)

**prosimy przesłać do 18 września br.**

**Nazwisko ........................................................................... imię ...........................................**

**Nr PWZ...................................................**

**członek Okręgowej Izby Aptekarskiej w ……………..………………**

Tel kom. ...................................................

**adres e-mail**

**Proszę o zakwaterowanie:**

 w pokoju 2-osobowym z: …………………………………………….

 w pokoju 3-osobowym z …………….…………………. .. i ..……………………..………………………

 imię i nazwisko imię i nazwisko

**2**. **P**roszę o zarezerwowanie miejsca w autokarze, **TAK** \***/ NIE**

**3. P**roszę o posiłki wegetariańskie **TAK \*/ NIE\***

**5**. **D**eklaruję udział w zwiedzaniu Zamku w sobotę **TAK** \* **/ NIE \***

**\*odpowiednie wpisać**

**6. P**roszę o wystawienie faktury dla:

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

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

Dokładny adres: …………………………………………………………………………………………………………… ..……………………………………….…………………………………………………………………………………..…

NIP ……………………………………..…………

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data i podpis