Formularz potwierdzenia uczestnictwa w mikołajkowym szkoleniu farmaceutów (6 - 8 grudnia 2013)

Proszę przesłać na fax 32 608-97-69 lub dostarczyć do Śląskiej Izby Aptekarskiej
najpóźniej do dnia 22.11.2013 r.

1. Proszę zaznaczyć opcję pobytu:
A - Opcja PEŁNA od piątku do niedzieli
B - Opcja od soboty (zakwaterowanie od godziny 10.00) …….
C - Opcja samo szkolenie **Czytelna pieczęć apteki**

2. Adres apteki…….....

3. Imię i Nazwisko osoby, z którą można się kontaktować w sprawie wyjazdu

……..

4. Telefony: komórkowy …… do pracy .....……..

Fax ……....., email: …….

5. Wszystkie osoby dorosłe, biorące udział w wyjeździe (imiona i nazwiska):

…… / ……..

…… / ……..

6. Dzieci biorące udział w wyjeździe (imiona i nazwiska) oraz wiek dzieci

…… / ……..

…… / ……..

7. Ilość osób, biorących udział w szkoleniach (imiona i nazwiska):

…… / ……..

8. Proszę o wystawienie faktury VAT:

8a. Pełna nazwa firmy lub pieczątka .....

8b. z siedzibą .....

8c. przy ulicy .....

8d. NIP:.....

Przesyłając niniejsze potwierdzenie oświadczam, że wpłaciłem/am na konto Śląskiej Izby Aptekarskiej kwotę: …….....……, która jest opłatą za udział w szkoleniu w dniach 6 - 8 grudnia 2013 r.

.....

Podpis