

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie doształcającym
SZCZEPIENIA OCHRONNE - ZAKRES OBOWIĄZKÓW LEKARZA

Kraków, 3 lutego 2016 r.

Zgłoszenia udziału w konferencji prosimy przysyłać w terminie do **29 stycznia 2016 r.** na adres e-mail: biuro@mmckp.pl
lub na nr Fax **12 39 7 7947**; Termin wnoszenia opłaty za kurs: **1 lutego 2016 r.**

Imię i nazwisko

Instytucja

Adres do korespondencji

Ulica i numer domu/lokalu

Kod. Miejscowość

Telefon (nr kierunkowy)

E-mail

Opłata za kurs:

-130 zł - opłata obejmuje udział w kursie, zaświadczenie ukończenia szkolenia, serwis kawowy

Opłatę prosimy przelewem wpłacać na konto Organizatora:

M&M Centrum Kształcenia Pielęgniarek s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz

ul. Bratysławska 1a

31-201 Kraków

Multibank nr 63 1140 2017 0000 4902 1306 7207

(z dopiskiem: kurs dla lekarzy, imię i nazwisko uczestnika)

Fakturę można odebrać w dniu szkolenia. Faktury mogą być wystawiane wyłącznie na osobę lub instytucję, która dokonuje wpłaty, dlatego prosimy o podawanie danych do wystawienia faktury.

Jeśli oczekują Państwo faktury na instytucję, prosimy, by wpłata dokonana była za jej pośrednictwem.

Dane instytucji / osoby, na którą ma być wystawiona faktura:

(nazwa / imię i nazwisko, adres, NIP)

Nazwa:.....

Adres:.....

NIP:

Miejscowość, data

podpis

.....

.....

Zgodnie z art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest M&M Centrum Kształcenia Pielęgniarek s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, ul. Bratysławska 1a, 31-201 Kraków. Wpisanie powyższych danych jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na ich przetwarzanie przez Organizatorów kursu dla celów związanych z organizacją szkolenia oraz na wystawienie faktury za udział w nim.

