

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU**Zgłaszam udział następujących osób (prosimy o **czytelne** wypełnienie zgłoszenia):

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika	Stanowisko służbowe	Telefon kontaktowy	Adres e-mail

w szkoleniu organizowanym przez Ogólnopolskie Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych nt.: **PRAKTYCY PRAKTYKOM – KIEDY KOŃCZY SIĘ TEORIA A ZACZYNA PRAKTYKA**, które odbędzie się w dniach **12 – 14 czerwca 2019 roku** w Piotrkowie Trybunalskim.

Należność za udział w warsztatach szkoleniowych w wysokości zł zostanie wpłacona w **terminie do 05.06.2019 r.** na konto:

Ogólnopolskie Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych
97 – 300 Piotrków Trybunalski, ul. Rakowska 15
BGŻ PNB PARIBAS w Piotrkowie Trybunalskim
77 2030 0045 1110 0000 0300 3100

tytułem: opłata szkoleniowa za (proszę podać imię i nazwisko osoby/osób zgłaszanych)

Proszę o rezerwację noclegu w terminie (proszę zaznaczyć właściwy wariant):

- 12 - 14.06.2019 r. (przyjazd w godz. popołudniowych w dniu rozpoczęcia warsztatów, 2 noclegi)
 12 - 13.06.2019 r. (uczestnictwo w zajęciach **tylko** w czwartek, 1 nocleg)
 13 - 14.06.2019 r. (uczestnictwo w zajęciach w czwartek i piątek, 1 nocleg)

NIE BĘDĘ KORZYSTAŁA/KORZYSTAŁ Z NOCLEGU

(koszty noclegu 2 osób w terminie 12 – 14.06.2019 pokrywa OZSA w ramach składki członkowskiej, pozostałe osoby - odpłatność własna lub szpitala – proszę podać dane do faktury – dodatkowe informacje dotyczące płatności w karcie WARUNKI UCZESTNICTWA I ZGŁOSZENIE UDZIAŁU)

w pokoju/ach:

- pokój 1 os. ze śniadaniem 150 zł/noc/pokój - ilość pokoi
 pokój 2 os. ze śniadaniem 180 zł/noc/pokój - ilość pokoi
 pokój 3 os. ze śniadaniem 270 zł/noc/pokój - ilość pokoi

.....
Pieczęć.....
podpis Dyrektora/Prezesa

Zgłoszenie prosimy przesłać faksem na nr: **44 648 03 02** lub drogą elektroniczną (scan) na adres kontakt@ozsa.pl