

**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.: **Kontrola zakażeń**, które odbędzie się w dniach **13 – 15 czerwca 2018 roku** w Piotrkowie Trybunalskim.Należność za udział w warsztatach szkoleniowych w wysokości zł zostanie wpłacona **w terminie do 06.06.2018 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):

- 13 - 15.06.2018 r. (przyjazd w godz. popołudniowych w dniu rozpoczęcia warsztatów)
- 14 - 15.06.2018 r. (uczestnictwo tylko w zajęciach dot. zakażeń)

(koszty noclegu 2 osób w terminie 13 – 15.06. 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 140 zł/noc/pokój - ilość pokoi
- pokój 2 os. ze śniadaniem 170 zł/noc/pokój - ilość pokoi
- pokój 3 os. ze śniadaniem 240 zł/noc/pokój - ilość pokoi

.....
Pieczęć.....
podpis Dyrektora/PrezesaZgłoszenie prosimy przesłać faksem na nr: **44 648 03 02** lub drogą elektroniczną (scan) na adres kontakt@ozsa.pl