

**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.: **Ocena dokumentacji medycznej. Zdarzenia niepożądane**, które odbędzie się w dniach **21 – 22 września 2017 roku** w Piotrkowie Trybunalskim.

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

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

**NIE DOTYCZY SZKOLENIA
W DNIACH
21 – 22 WRZEŚNIA 2017 R.**

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

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

- 20 - 22.09.2017 r. (przyjazd w przeddzień rozpoczęcia warsztatów, w godz. popołudniowych/wieczornych)
 21 - 22.09.2017 r.

(koszty noclegu 2 osób w terminie 21 – 22.09. 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 120 zł/noc/pokój - ilość pokoi
 pokój 2 os. ze śniadaniem 160 zł/noc/pokój - ilość pokoi
 pokój 3 os. ze śniadaniem 240 zł/noc/pokój - ilość pokoi

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

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