

**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 spotkaniu-szkoleniu organizowanym przez Ogólnopolskie Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych pod hasłem: **POROZMAWIAJMY O...**, które odbędzie się w dniach **12 – 13 czerwca 2023 roku** w Piotrkowie Trybunalskim.

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 08.06.2023 r. ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA!!!

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ z dokumentem „WARUNKI UCZESTNICTWA I ZGŁOSZENIE UDZIAŁU”.

**W SZKOLENIU Z JEDNEGO SZPITALA MOGĄ UCZESTNICZYĆ MAX. 2 OSOBY
UCZESTNICY BĘDĄ ZAKWATEROWANI W POKOJACH DWUOSOBOWYCH.**

**W PRZYPADKU UCZESTNICTWA JEDNEJ OSOBY Z DANEGO SZPITALA BĘDZIE ONA ZAKWATEROWANA W POKOJU
JEDNOOSOBOWYM (liczba pokoi jednoosobowych ograniczona), A W PRZYPADKU ICH BRAKU W POKOJU DWUOSOBOWYM
Z INNYM UCZESTNIKIEM**

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

- 12 - 13.06.2023 r. (1 nocleg)
 NIE BĘDĘ KORZYSTAŁA/KORZYSTAŁ Z NOCLEGU

(koszty noclegu 2 osób w terminie 12 – 13.06.2023 pokrywa OZSA).

DLA OSÓB, KTÓRE MAJĄ UTRUDNIONĄ MOŻLIWOŚĆ DOJAZDU W DNIU ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA, TJ. 12.06.2023R. ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ PRZYJAZDU I REZERWACJI NOCLEGU W PRZEDDZIEŃ SZKOLENIA – proszę dopisać na karcie zgłoszenia rezerwacja od 11.06.2023r. (koszty tego noclegu pokrywa uczestnik lub szpital – proszę wskazać na kogo wystawić fakturę).

.....
Pieczęć

.....
podpis Dyrektora/Prezesa

Zgłoszenie prosimy wysyłać WYŁĄCZNIE drogą elektroniczną (scan) na adres kontakt@ozsa.pl