

**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: **O JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWIE MEDYCZNYM**, które odbędzie się w dniach **09 – 10 października 2023 roku** w Piotrkowie Trybunalskim.

**Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 02.10.2023 r.**

**PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ z dokumentem „WARUNKI UCZESTNICTWA I ZGŁOSZENIE UDZIAŁU” – ZMIANA ZASAD!!!!**

W SZKOLENIU Z JEDNEGO SZPITALA, W RAMACH OPŁACONEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ, MOGĄ UCZESTNICZYĆ MAX. 2 OSOBY  
POKOJE REZERWUJE ORGANIZATOR – ZRZESZENIE (do wyczerpania wolnych pokoi w hotelu – miejscu szkolenia), a następnie  
każdy uczestnik we własnym zakresie.

**KOSZTY NOCLEGU POKRYWA UCZESTNIK LUB SZPITAL**

UCZESTNICZY 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 miejscu szkolenia w terminie – rezerwacji dokonuje OZSA do wyczerpania wolnych pokoi  
(proszę zaznaczyć właściwy wariant):**

- 08 - 10.10.2023 r. (2 noclegi)
- 09 - 10.10.2023 r. (1 nocleg)
- NIE BĘDĘ KORZYSTAŁA/KORZYSTAŁ Z NOCLEGU

**(koszty noclegu pokrywa uczestnik lub szpital)**

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

**Zgłoszenie prosimy wysyłać WYŁĄCZNIE drogą elektroniczną (scan) na adres [kontakt@ozsa.pl](mailto:kontakt@ozsa.pl)**