

**Formularz potwierdzenia uczestnictwa
w mikołajkowym szkoleniu farmaceutów
(5-7 grudnia 2014)**

Proszę przesłać na fax 32 608-97-69 lub dostarczyć do Śląskiej Izby Aptekarskiej
najpóźniej do dnia 21.11.2014 r.

1. Proszę zaznaczyć opcję pobytu:

A - Opcja PEŁNA od piątku do niedzieli

B - Opcja od soboty (zakwaterowanie od godziny 10.00)

C - Opcja samo szkolenie

.....
Czytelna pieczęć apteki

1a. Ile osób będzie uczestniczyło w kuligu dorosłych dzieci

2. Adres apteki.....

3. Imię i Nazwisko osoby, z którą można się kontaktować w sprawie wyjazdu

.....

4. Telefony: komórkowy do pracy

Fax, email:

5. Wszystkie osoby dorosłe, biorące udział w wyjeździe (imiona i nazwiska):

..... /

..... /

6. Dzieci biorące udział w wyjeździe (imiona i nazwiska) oraz wiek dzieci

..... /

..... /

7. Ilość osób, biorących udział w szkoleniu (imiona i nazwiska):

..... /

8. Proszę o wystawienie faktury VAT - TAK / NIE (zaznaczyć właściwe):

**8a. Pełna nazwa firmy lub pieczęć
.....**

8b. z siedzibą

8c. przy ulicy

8d. NIP:.....

Przesyłając niniejsze potwierdzenie oświadczam, że wpłaciłem/am na konto Śląskiej Izby Aptekarskiej kwotę:, która jest opłatą za udział w szkoleniu w dniach 5 - 7 grudnia 2014 r.

.....

Podpis