ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA
z siedzibą w Katowicach
40-637 Katowice ul. Kryniczna 15
tel.+48 (32) 6089760, fax 6089769 , www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl

Nasz znak: SIAKat-0748-2014 Katowice, 2014-10-31

Śląska Izba Aptekarska serdecznie zaprasza na tradycyjne spotkanie mikołajkowe ze szkoleniem, które odbędzie się w dniach 5 - 7 grudnia 2014 r. w Istebnej

Dzieci do 10 lat gratis!!!*

Szanowni Państwo,

Zapraszamy do udziału w spotkaniu mikołajkowym, które odbędzie się w dniach 5 - 7 grudnia 2014 r. roku w Istebnej.

Miejsce Mikołajek: **Kompleks Zagroń Istebna,** Zaolzie 1588, 43-470 Istebna, www.istebna.org
Dla gości hotelowych - nieograniczone korzystanie z Parku Wodnego OLZA z takimi atrakcjami jak: kręta zjeżdżalnia o dł. 70 m, ścianka wspinaczkowa, dzika rzeka, wodospady płaszczowe, leżaki z masażami w wodzie, jacuzzi, gejzery na środku basenu, brodzik dla dzieci, sauny. Dostępny również rabat na karnety narciarskie w stacji narciarskiej Zagroń.

Program Mikołajek:

5 grudnia 2014 - piątek:
- przyjazd do hotelu w godzinach popołudniowych,
- zakwaterowanie,
- godz. 18.00 - kulig i pieczenie kiełbasy,
- godz. 20.00 - kolacja,
- wieczorne rozmowy aptekarzy.

6 grudnia 2014 - sobota:

- 08.00 - 10.00	- śniadanie,
- 10.15 - 11.00	- rozpoczęcie kursu mikołajkowego przez Prezesa Rady SIA dr farm. Piotra Brukiewicza, prelekcje firm farmaceutycznych: Apotex, Biomed, BZ WBK, Solpharm. Wśród uczestników zostaną rozlosowane atrakcyjne nagrody.
- 11.00 - 16.00 (bufet kawowy)	- punktowany kurs z zaliczeniem za 5 punktów edukacyjnych „twardych" „Andropauza" - lek. med. Małgorzata Dosiak, specjalista psychiatrii, specjalista seksuolog,
- 10.15 - 16.00	- w czasie wysiłku umysłowego rodziców gry i zabawy dla dzieci z przedszkolankami,
- 13.00 - 14.00	- obiad,
- 14.00 - 16.00	- zawody dla dzieci „Zjazd ze stoku na bele czym" (w przypadku niesprzyjających warunków atmosferycznych odbędą się równie interesujące konkursy),
- 18.00 - 19.00	- Mikołajki dla dzieci (wręczenie prezentów, zabawy),
- 19.00 - 20.00	- kolacja dla dzieci,
- 20.30	- bankiet dla dorosłych,
- 21.00	- disco dla dorosłych przy muzyce lat 70-80.

7 grudnia 2014 - niedziela:

- 08.00 - 10.00	- śniadanie,
- 13.00 - 12.00	- obiad (wg zamówień indywidualnych w restauracji hotelowej, płatny indywidualnie),

- wykwaterowanie i wyjazd do domu.

Tegoroczne Mikołajki przygotowujemy wspólnie z hurtowniami: **Medicare, Neuca, Hurtap, Salus INT., Delfarma, Infarm** oraz producentami: **Mylan, UCB, 3M, Astellas, Tech-Mix, Olimp, Hartmann, Farmina, Solpharm, Biomed, Apotex.**

WAŻNE !!!

za pobyt i szkolenia dla farmaceutów wystawiamy faktury do wliczenia w koszty

Poniżej podajemy koszty całkowite oraz tabele cenowe z wszystkimi możliwościami:

Cena dla farmaceutów Śląskiej Izby Aptekarskiej za cały pobyt przed rabatem wynosiła 649 zł.

A - Opcja PEŁNA od piątku do niedzieli

Farmaceuci będący członkami Śląskiej Izby Aptekarskiej wnoszą odpłatność preferencyjną w kwocie 230,00 zł (tylko dla opcji od piątku do niedzieli)

Pozostałych uczestników Mikołajek obowiązują kwoty zgodnie poniższymi tabelami:

Osoba dorosła	Dziecko do 10 lat	Dziecko powyżej 10 lat jak dorośli
370,00 zł	**Gratis**	**370,00 zł**

B - Opcja od soboty (zakwaterowanie od godziny 10.00)

Osoba dorosła	Dziecko do 10 lat	Dziecko powyżej 10 lat jak dorośli
250,00 zł	**Gratis**	**250,00 zł**

C - Opcja - udział tylko w szkoleniu (w cenę wliczony obiad)

50,00 zł

Ilość miejsc hotelowych i na wykład jest ograniczona - DECYDUJE KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ

****

UWAGA BARDZO WAŻNE !

Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić i przesłać (pocztą, faksem lub mailem) do Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach, 40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15, fax - (32) 608 97 69, e-mail - manka.krzysztof@farmacja.pl najpóźniej do dnia 21-11-2014 r. W przypadku wysyłki pocztą, ze względu na możliwość opóźnień poczty, prosimy poinformować Śląską Izbę Aptekarską telefonicznie o uczestnictwie.

Wszystkie osoby zdecydowane udziałem w spotkaniu zobowiązane są do dokonania wpłaty łącznej sumy pokrywającej uczestnictwo wszystkich osób według powyższych tabel na konto Izby Aptekarskiej do dnia 25-11-2014, a TAKŻE KONIECZNIE przesłania dowodu wpłaty faksem na numer (32) 608 97 69 lub e-mailem manka.krzysztof@farmacja.pl. Wyjątkowo przy braku możliwości wysłania faxem można poinformować telefonicznie o dokonaniu wpłaty na numer Pana Krzysztofa Mańka 668-220-318.

W dniu kolejnym, tj. 26-11-2014, wszystkie pozostałe miejsca bez przekazanej informacji o wpłacie zostaną rozdysponowane osobom z listy rezerwowej i innym chętnym w kolejności zgłoszeń.

Nr konta Śląskiej Izby Aptekarskiej
PKO I o/Katowice
59 1020 2313 0000 3002 0019 3508
Proszę na przelewie zaznaczyć - **„Szkolenie 5-7 grudnia 2014r."**

Faktury na życzenie zostaną wydane na spotkaniu mikołajkowym lub przesłane pocztą do aptek.

****

Kontakty do Izby:

Krzysztof Mańka, tel. 668-220-318, manka.krzysztof@farmacja.pl

* Dzieci do 10 lat gratis - nie więcej jednak niż dwoje dzieci na rodzinę, w pozostałych przypadkach do indywidualnego rozpatrzenia w biurze Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Prezesa Rady ŚIA w Katowicach

dr farm. Piotr Brukiewicz

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 pieczątka .....

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