

Zgłoszenie nr	Wpłynęło dnia:
Termin szkolenia:	Certyfikat nr:
<i>Wypełnia organizator</i>	

Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii  
im. generała Karola Kaczkowskiego  
ul. Kozielska 4, 01-163 Warszawa

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

na kurs  
ZASADY DOBREJ PRAKTYKI EPIDEMIOLOGICZNEJ

### 1. Jednostka delegująca

Pełna nazwa:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

Dane kontaktowe:

*(imię, nazwisko, telefon, mail)*

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(czytelny podpis osoby upoważnionej)*

### 2. Płatnik *(dane do faktury)*

Wypełniony formularz zgłoszenia przesyła płatnik na adres [magdalena.zawadzka@wihe.pl](mailto:magdalena.zawadzka@wihe.pl)

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(czytelny podpis osoby upoważnionej  
i pieczęć płatnika)*