Zgłoszenie nr	Wpłynęło dnia:
Termin szkolenia:	Certyfikat nr:
	Wypełnia organizator

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

na kurs……..

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 fax: 261 853 133

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

…….
(miejscowość , data)

…….
(czytelny podpis osoby upoważnionej
I pieczątka płatnika)

Zgłoszenie nr	Wpłynęło dnia:
Termin szkolenia:	Certyfikat nr:
	Wypełnia organizator