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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

na kurs PRAWO MEDYCZNE

|  |  |
| --- | --- |
| **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* ***anna.wojciechowska@wihe.pl*** | | |
|  | Pełna nazwa: |  |
|  | NIP: |  |
|  | Ulica: |  |
|  | Kod pocztowy, miejscowość: |  |
|  | *………………………………………. (miejscowość, data)* | *………………………………………………….. (czytelny podpis osoby upoważnionej*  *i pieczątka płatnika)* |