

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| 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 Podstawy anatomii i fizjologii

### 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](mailto:anna.wojciechowska@wihe.pl)

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

.....  
*(miejscowość, data)*

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