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

PODSTAWY MEDYCYNY KLINICZNEJ

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***

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

…… ……
(miejscowość, data) *(czytelny podpis osoby upoważnionej i pieczątka płatnika)*