

| | |
|-----------------------------|----------------|
| 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

EPIDEMIOLOGIA KLINICZNA

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:magdalenazawadzka@wihe.pl)

Pełna nazwa:

NIP:

Ulica:

Kod pocztowy, miejscowość:

.....
(miejscowość, data)

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