

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS DOSKONALĄCY DLA DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH

(proszę wypełnić pismem drukowanym)

Tytuł kursu: **KURS DOSKONALĄCY DLA DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH**

Termin:

1. Nazwisko:

.....

2. Imię:

.....

3. Płeć: kobieta, mężczyzna *(proszę podkreślić)*

4. Data i miejsce urodzenia: nr PESEL

nr. dow.osob

5. Dokładny adres zamieszkania wraz z kodem:

.....

6. Nazwa i adres miejsca pracy wraz z kodem:

.....

.....

województwo:

.....

telefon kontaktowy – ew. adres e-mail:

.....

7. Nazwa i rok ukończenia szkoły :

.....

8. Odbyte kursy, seminaria itp:

.....

.....

9. Czy deklaruje Pan/Pani chęć skorzystania z naszej bazy noclegowej** TAK NIE

Płatności za udział w kursie należy dokonać na rachunek firmy: RAT-MED P.Czyrka,
R.Kaźmierczak spółka jawna 96-200 Rawa Mazowiecka ul. Tomaszowska 10d/40 oddział
Skierniewice.

Nr rachunku : Bank PKO SA o/ Rawa Maz. 55 1020 4580 0000 1102 0084 1791

W terminie na dwa tygodnie przed rozpoczęciem kursu.

(data)

(podpis i pieczęćka)

* niepotrzebne skreślić

** cennik usług hotelowych podany jest na stronie internetowej www.rat-med.com.pl w zakładce „Do pobrania”