

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SEMINARIUM DLA RATOWNIKÓW I DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH

(PROSIMY WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM)

Termin

Nazwisko Imię.....

PESEL Nr dowodu osobistego

Aktualne zatrudnienie

.....

Nazwa i roku ukończenia szkoły

.....

Odbyte kursy, seminaria itp.

.....

DANE DO KORESPONDENCJI:

Kod pocztowy Nazwa miejscowości.....

Ulica, nr domu.....

Telefon.....E-mail

DANE DO RACHUNKU:

Nazwa firmy.....

Kod pocztowy Nazwa miejscowości

Ulica, nr domu

NIP

1. Uczestnik przesyłając na adres Organizatora wypełniony formularz zgłoszeniowy zobowiązuje się do wzięcia udziału w kursie oraz do poniesienia kosztów uczestnictwa.
2. O zakwalifikowaniu na kurs Uczestnik zostanie zawiadomiony przez Organizatora w formie pisemnej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia.
3. Uczestnik jest zobowiązany do zawiadomienia Organizatora o rezygnacji z udziału w kursie w formie pisemnej, nie później niż w ciągu 7 dni przed dniem rozpoczęcia kursu. Termin ten nie dotyczy rezygnacji z ważnych przyczyn, niezależnych od Uczestnika. Rezygnacja z uczestnictwa w kursie bez ważnej przyczyny, lub później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia kursu nie zwalnia Uczestnika z obowiązku poniesienia kosztów uczestnictwa w kursie.
4. Organizator zobowiązuje się do wskazania kilku alternatywnych terminów rozpoczęcia kursu, w zależności od ilości zgłoszonych Uczestników oraz do każdorazowego zawiadomienia Uczestników o zmianie wcześniej ogłoszonego terminu rozpoczęcia kursu nie później niż na 2 dni przed dniem rozpoczęcia kursu. Zawiadomienie takie może nastąpić przez umieszczenie informacji o zmianie terminu rozpoczęcia kursu na stronie internetowej Organizatora.
5. W sytuacji, gdy zmiana terminu rozpoczęcia kursu wykluczałaby możliwość wzięcia w nim udziału przez Uczestnika, który zgłosił swoje uczestnictwo w kursie, Uczestnik taki może zrezygnować z uczestnictwa w kursie zawiadamiając Organizatora o swojej rezygnacji w formie pisemnej nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym dowiedział się o zmianie terminu rozpoczęcia kursu, ze wskazaniem przyczyny rezygnacji.

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis)

Płatności za udział w kursie należy dokonać na rachunek firmy: RAT-MED P.Czyrka, R.Każmierczak 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.

RAT-MED P. CZYRKA, R. KAŻMIERCZAK SPÓŁKA JAWNA

Siedziba: ul. Tomaszowska 10D/40, 96-200 Rawa Mazowiecka,

Oddział: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Rybickiego 8, 96-100 Skierniewice

NIP: 8351531827, Regon: 100014720, KRS: 0000304602

Tel. +48 46 833 42 41, ratmedsc@op.pl, nzozratmed@op.pl, www.rat-med.com.pl