

DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA

Prosimy o jak najszybsze przysyłanie zgłoszeń, ale

nie później niż do 14.09.08

do biura organizacyjnego: STUDENT POINT

fax: (22) 828-13-00; mail: shl@cls.edu.pl

DANE UCZESTNIKA

Nazwisko:.....

Imię:.....

Stanowisko / funkcja.....

DANE INSTYTUCJI

Nazwa Instytucji.....

Zakład/Oddział.....

Ulica: Kod:

Miasto:.....

Tel: Fax:

Członek SHL

Upoważniam organizatora do wystawienia faktury
(bez mojego podpisu) na następującego płatnika:

DANE PŁATNIKA

Nazwa.....

Adres.....

Kod..... Miasto.....

NIP.....

Podpis uczestnika:

Opłata za udział w zjeździe wynosi 750 zł (700 zł członkowie
SHL)

Wpłaty należy przekazywać na konto:

STOWARZYSZENIE HIGIENY LECZNICTWA

BGŻ O/KONIN KONTO: 06 2030 0045 1110 0000 0059 2570

Z DOPISKIEM „ZJAZD I NAZWISKIEM UCZESTNIKA”