

Medyczne Centrum  
Usługowo Szkoleniowe  
"ART&MED"  
62-800 Kalisz, ul. Winiarska 12  
Tel./Fax /062/ 767 00 66, 609707333  
NIP 618 143 03 44

# ART&MED

e-mail : sekretariat@artmed.kalisz.pl  
www : www.artmed.kalisz.pl

## KARTA ZGŁOSZENIA

"szkolenie - wkłucia centralne" organizowane w dniu : 09-11-2013r.

Prosimy o wypełnienie karty drukowanymi literami

Imię i nazwisko :	
Adres zamieszkania - Miejscowość :	Kod :
Ulica :	Nr :
E-mail :	Telefon kontaktowy :
Wykonywany zawód :	
Miejsce pracy :	
Adres miejsca pracy - Miejscowość :	Kod :
Ulica :	Nr :
E-mail :	Telefon kontaktowy / FAX

Miejsce szkoleń : ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz

Opłata za udział w formie edukacyjnej : 600 zł

Osoby zainteresowane udziałem w wybranej formie edukacyjnej prosimy o przesłanie na adres naszej Firmy (dane widniejące w nagłówku) (pocztą, poprzez e-mail lub fax karty zgłoszenia udziału w szkoleniu i informacji o odbiorcy rachunku (jeżeli życzą sobie Państwo rachunek)

Przy wpłacie należności za udział w szkoleniu prosimy o podanie : imienia i nazwiska uczestnika, daty szkolenia. **Wpłaty prosimy dokonywać na konto :**

**Medyczne Centrum Usługowo Szkoleniowe "ART&MED"**

**ul. Winiarska 12, 62-800 Kalisz**

**Multi Bank 15 1140 2017 0000 4302 0570 9169**

### Termin szkolenia :

O zakwalifikowaniu na szkolenie decyduje kolejność zgłoszeń.

Informujemy, że pisemne potwierdzenie udziału w szkoleniu otrzymają wyłącznie te osoby które prześlą karty rejestracyjne i dokonają wpłaty.

Zwrotu wpłaty dokonujemy wyłącznie wtedy, jeżeli rezygnacja z udziału w szkoleniu nastąpi najpóźniej 4 dni przed rozpoczęciem szkolenia.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis i data