

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

ART&MED

e-mail : sekretariat@artmed.kalisz.pl

www : www.artmed.kalisz.pl

KARTA ZGŁOSZENIA

na kurs "leki przeciwzkrzepowe a postępowanie stomatologiczne"

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

Opłatność za udział w formie edukacyjnej : 150 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