

SZKOLENIA - ZGŁOSZENIE UDZIAŁU



prosimy przelać na numer faksu **12 396 38 39**

Zgłaszam chęć skorzystania z oferty szkoleniowej Stowarzyszenia CEESTAHC w następującym zakresie:
(w celu wskazania kursu/ów wystarczy wpisać liczbę osób w pola w prawej kolumnie)

| Nazwa kursu | Symbol | Data | Liczba osób |
|---------------------------|--------|-----------------------|-------------|
| Kurs Podstawowy EBM | EBM-P | 15-17 czerwca 2010 | |
| | | 20-22 września 2010 | |
| Kurs Podstawowy HTA | HTA-P | 10-12 maja 2010 | |
| | | 4-6 października 2010 | |
| Bazy Informacji Medycznej | BIM | 14-15 czerwca 2010 | |

Proszę o wystawienie faktury VAT

W przypadku konieczności wystawienia faktury VAT prosimy o podpisanie poniższego oświadczenia o byciu płatnikiem VAT, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12 maja 1993 (Dz. U. 39/93 poz. 176)

Firma (pełna nazwa)

Adres

Kod pocztowy - Miejsowość

oświadcza, że jest płatnikiem VAT i posiada NIP (wpisać)

oraz upoważnia Stowarzyszenie CEESTAHC do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami uczestnictwa oraz zobowiązuję się do zapłaty całości kwot wynikających ze złożonego zamówienia.

Podpis i pieczęć

Osoba kontaktowa ze strony Zgłaszającego

Telefon

Fax

Telefon komórkowy

E-mail

Nazwiska uczestników