**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI Z CYKLU CASEMIX**

***Najnowsze zmiany w systemie ochrony zdrowia***

**Termin:** *19-20 września 2019r.*

**Miejsce:** *Hotel Klimczok, ul. Poziomkowa 20 , 43-370 Szczyrk*

**Dane płatnika do faktury:**

|  |
| --- |
| Nazwa i adres placówki zgłaszającej uczestników (w tym NIP) lub adres zamieszkania w przypadku zgłoszeń indywidualnych |

Oświadczam, że mój udział w konferencji jest finansowany ze środków publicznych. Zwolnienie od podatku na podstawie warunków art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. C lub §3 ust. 1. pkt. 14 ustawy o VAT: **TAK ☐ NIE ☐**

|  |
| --- |
|  |

**☐** wyrażam zgodę na przesłanie faktury

VAT drogą elektroniczną na podany e-mail:

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon** do uczestnika szkolenia: |  |
| **E-mail** (na który wyślemy dane dotyczące płatności i materiały szkoleniowe): |  |
| Rodzaj pokoju: **jednoosobowy ☐ dwuosobowy ☐ trzyosobowy ☐**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika | Stanowisko | Koszt\* |
| 1. |  |  **1400** zł netto\* zgłoszenia: do**16.09.2019r.** |
| 2. |  |
| 3. |  |

\* W przypadku niespełnienia warunków art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. C lub §3 ust. 1. pkt. 14 ustawy o VAT kwota szkolenia będzie powiększona o 23% podatku VAT

**Specjalne wymagania żywieniowe:**

☐ Brak

☐ Występują - proszę wpisać jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….....

Ogólne zasady uczestnictwa:

1. Udział w szkoleniu należy potwierdzić najpóźniej do **16 września 2019r.**
2. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać za pomocą poczty elektronicznej: **ilona.jasielska@iuz.org.pl**
3. Liczba miejsc w szkoleniu jest ograniczona. Zastrzegamy sobie możliwość zamknięcia listy uczestników przed wskazanym terminem zgłoszeń z uwagi na brak miejsc (duża ilość zgłoszeń).
4. Prosimy o dokonanie płatności przed datą rozpoczęcia szkolenia.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis osoby akceptującej