**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU**

***Zasady postępowania personelu medycznego z pacjentem oraz rodziną pacjenta – trudne przypadki, jak sobie pomóc?***

Miejsce: Warszawa, 22 października 2019 r.

**Dane płatnika do faktury:**

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

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

**\*Brak zaznaczenia równoważy się z deklaracją, iż szkolenie NIE jest finansowane ze środków publicznych. W przypadku braku zaznaczenia, kwota zostanie powiększona o podatek VAT.**

|  |
| --- |
|  |

**☐** 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): **\*\*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** | Stanowisko | Karta Stałego klienta | Koszt\* |
| 1. |  |  | **200 zł** netto/osbądź **180 zł** netto/osprzy zgłoszeniu min 3 os. |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

\* 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

**\*\* W przypadku braku potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia w ciągu jednego dnia, proszę o kontakt telefoniczny**

Ogólne zasady uczestnictwa:

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

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

 Podpis osoby uprawnionej do składania zamówień