**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU ONLINE**

***Kursy specjalistyczne w ramach Szkoły koderów***

**Terminy:** 11 oraz 25 sierpnia 2020 r. **w godzinach:** 10:00 – 14:00

**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:

|  |
| --- |
| **11 sierpnia 2020r. Rozliczanie świadczeń z zakresu ginekologii** |
| imię i nazwisko uczestnika | e-mail do wysłania linku do szkolenia | telefon kontaktowy | **100 zł netto/1osoba** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **25 sierpnia 2020r. Rozliczanie świadczeń z zakresu położnictwa, neonatologii oraz pediatrii** |
| imię i nazwisko uczestnika | e-mail do wysłania linku do szkolenia | telefon kontaktowy | **100 zł netto/1osoba** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

\* 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. Zastrzegamy sobie możliwość zamknięcia listy uczestników przed wskazanym terminem zgłoszeń.
3. Płatność na podstawie faktury pro-forma, przed datą realizacji szkolenia.

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

Podpis osoby uprawnionej do składania zamówień