**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU ONLINE**

***Zastosowanie transportu medycznego w podmiocie leczniczym***

**Termin: 4 listopada 2020r. GODZ. 10.00 – 13.00**

**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:

**ggggggg**

|  |
| --- |
| telefon zgłaszającego: |
| **e-mail** (na który wyślemy dane dotyczące płatności  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** | **e-mail na który wyślemy link do szkolenia** | **stanowisko** | Koszt\* |
| 1. |  |  | **300 zl netto 1 osoba** **280 zł netto/os – 3 i więcej osób** |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

\* 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: **wiktoria.bluszko@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