

KARTA ZGŁOSZENIA

Zgłaszam swój udział w kursie (podać nazwę)

.....

Termin kursu:

Imię i Nazwisko.....

Telefon.....

e-mail.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Ulica.....

OPŁATA ZA UCZESTNICTWO:

**Warunkiem udziału w KURSIE jest uiszczenie powyższej kwoty
na konto:**

Nr konta: 96 1020 4405 0000 2802 0445 2389

**z odpowiednim dopiskiem:
Kurs I, Kurs II, Kurs III lub Kurs IV**

Ponadto czytelne i dokładne wypełnienie karty zgłoszenia
i przesłanie jej na 2 tygodnie przed kursem na adres przychodni
(lub elektronicznie) razem z kserokopią dowodu wpłaty .

Proszę o wystawienie rachunku:

TAK* NIE*

*(właściwe zakreślić)

DANE DO RACHUNKU:

Nazwa.....

Adres.....

NIP.....