

DNI MEDYCYNY SPOŁECZNEJ I ZDROWIA PUBLICZNEGO
BYDGOSZCZ 15-17.09.2010 r.

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

Tytuł (stopień) naukowy, imię i nazwisko (pisanie drukowanymi literami)

Adres do korespondencji

E-mail, nr telefonu

Dane do wystawienia faktury (nazwa płatnika, adres wraz z kodem)

Dane do wystawienia faktury (NIP, REGON)

Zgłaszam zamiar uczestnictwa: czynnego biernego

Tytuł wystąpienia:

Proszę o rezerwację noclegów (**decyduje kolejność zgłoszeń!** – w przypadku braku miejsc w pokojach 1-osobowych – nastąpi zakwaterowanie w pokoju 2-osobowym):

	15/16.09	16/17.09	cena
Hotel BRDA *** ul. Dworcowa 94 (dojście ok. 5 min)			
Pokój 1-osobowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 zł/noc
Miejsce w pokoju 2-sobowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 zł/noc

W pokoju 2-osobowym proszę o zakwaterowanie z:

.....
data i podpis