


7-9 listopada 2017 r.

Hotel Ambasador Premium**** – Łódź

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

 wypełniony formularz prosimy przesać faksem na nr +48 32 455 31 61
 lub mailem na adres kongres@farmacom.com.pl

Zakład

NAZWA FIRMY	NIP
ADRES	
E-MAIL LUB NUMER FAKSU, NA KTÓRY NALEŻY ODESŁAĆ POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA I FAKTURĘ PRO FORMA	

Uczestnik

IMIE I NAZWISKO	STANOWISKO (niezbędne do identyfikatorów)	TELEFON	E-MAIL

Koszty uczestnictwa w Kongresie:

Przy zgłoszeniu do 30. 09.2017r. - 990 zł netto za osobę (+23% VAT)
 (prelekcje, wyżywienie, materiały konferencyjne, udział w imprezach towarzyszących, bez zakwaterowania)
po tym terminie -1150 zł netto za osobę (+23% VAT)

- Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami uczestnictwa w 9 KŚPF, organizowanym przez Wydawnictwo Farmacom (warunki uczestnictwa dostępne są na stronie:

<http://kongresfarmaceutyczny.pl/strona/regulamin>).

- Na podstawie art. 23 ust 1 pkt 1 ustawy z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu uczestnictwa.

Podpis i pieczęć zgłaszającego