

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS

Tytuł kursu :

Kurs ALS (Advance Life Support)
Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych

Data kursu: 9 i 10.03.2018 r.

1. DANE UCZESTNIKA:

Imię i nazwisko: Nr PESEL:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy: e-mail:

*Jestem członkiem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej/ Nie jestem członkiem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej **

2. DANE FINANSOWE:

- A. KOSZT KURSU – 1.150,00 zł
- B. WPŁATA UCZESTNIKA – 950,00 zł (dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej), 1.150,00 zł dla pozostałych osób
- C. RÓŻNICA – 200,00 zł (dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej)

Opłatę należy przekazać na konto bankowe nr **45 1020 4027 0000 1102 0404 3501** lub w kasie WIL DO DNIA 6 LUTEGO 2018 r. z dopiskiem – „ALS”

3. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że prowadzę/nie prowadzę działalności gospodarczej*

DANE DO FAKTURY

Nazwa

Adres

NIP

OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY I AKCEPTUJĘ, ŻE :

- NIE MA MOŻLIWOŚCI REZYGNACJI Z KURSU PO DNIU 6 LUTEGO 2018 R.,
- W PRZYPADKU BRAKU UCZESTNICTWA DOKONANE WPŁATY NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI,
 - WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA ZASTRZEGA SOBIE MOŻLIWOŚĆ ODWOŁANIA KURSU Z POWODU ZBYT NISKIEJ FREKWENCJI

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku złożenia oświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej i wskazaniu danych do faktury (punkt 3) kwotę wskazaną w punkcie 2 C należy wykazać w przychodach działalności gospodarczej, o ile przepisy podatkowe będą tak stanowić*.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku złożenia oświadczenia o braku prowadzenia działalności gospodarczej otrzymam na kwotę wskazaną w punkcie II C dokument PIT 8-C, o ile przepisy podatkowe będą tak stanowić*.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczętka uczestnika)