

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA w Warsztatach

Imię i nazwisko	Stanowisko	telefon	email
-----------------	------------	---------	-------

1

2

Zgłaszam uczestnictwo ___ osób w Warsztatach Turystyki Medycznej. Koszt uczestnictwa: 400 zł (+23% VAT) za osobę / koszt uczestnictwa dwóch osób w pokoju dwuosobowym 600 zł (+23 % VAT).

W tej cenie: uczestnictwo w warsztatach, 1 nocleg, lunch, wieczorna kolacja, przerwy kawowe.

Możliwość bezpłatnego pobytu pierwszego dnia warsztatów (bez noclegu).

Razem do zapłaty przed terminem Spotkania na konto IRH.

Bank: BZ WBK. Nr konta: 87 1090 2851 0000 0001 3030 0294

W przypadku zdarzeń losowych wpływających na niemożność przybycia, bezkosztowa rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa do 7 dni przed terminem warsztatów. W przypadku późniejszej anulacji uczestnik zobowiązuje się do pokrycia 50% ceny spotkania.

REALIZOWANE LUB PLANOWANE INWESTYCJE

.....
POSZUKIWANE INFORMACJE

.....

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie zgłoszenia.

Zamawiający/Firma.....

Dokładny adres.....

NIP.....Telefon.....

Osoba odpowiedzialna..... Email.....

Upoważniamy Instytut Rynku Hotelarskiego do wystawienia faktury VAT bez naszego podpisu. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgłoszonych uczestników szkolenia dla celów promocyjnych i marketingowych oraz przekazania ich sponsorom i wystawcom warsztatów Instytutu Rynku Hotelarskiego. Osoby udostępniające swoje dane mają prawo do wglądu oraz ich poprawiania.

.....
Data zgłoszenia

.....
Pieczęć firmy

.....
Podpis osoby upoważnionej

ZGŁOSZENIE PO PODPISANIU PROSZĘ WYŚLAĆ FAKSEM NA NR 22 100 32 46