

XXXII OGÓLNOPOLSKIE SZKOLENIE DLA CZŁONKÓW
RODZIN I OPIEKUNÓW CHORYCH NA
MUKOWISCYDOZĘ
Falenty, 14-16 czerwca 2019 r.

.....
Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

.....
Adres zamieszkania (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

.....
nr telefonu

.....
adres e-mail

Kim jesteś?:* **członek rodziny/opiekun osoby chorej**

Imię i nazwisko chorego.....

proszę o kwalifikację do <u>bezpłatnego uczestnictwa w szkoleniu</u>		TAK	NIE
Proszę o rezerwację noclegu	14/15 czerwca 2019	TAK	NIE
	15/16 czerwca 2019	TAK	NIE
Proszę o rezerwację wyżywienia:*	14 czerwca – kolacja	TAK	NIE
	15 czerwca – obiad	TAK	NIE
	15 czerwca – kolacja	TAK	NIE
	16 czerwca – obiad	TAK	NIE

W przypadku niezakwalifikowania mnie do bezpłatnego uczestnictwa proszę o kwalifikację w charakterze <u>wolnego słuchacza</u> (uczestnictwo bezpłatne bez noclegu i wyżywienia)	TAK	NIE

W przypadku niezakwalifikowania mnie do bezpłatnego uczestnictwa proszę o kwalifikację do <u>odpłatnego uczestnictwa w szkoleniu i przekazanie mojego zamówienia usług:</u>	TAK	NIE	
Proszę o rezerwację odpłatnego noclegu:	14/15 czerwca 2019 W pokoju dwuosobowym (86,40 zł/os)	TAK	NIE
	15/16 czerwca 2019 W pokoju dwuosobowym (86,40 zł/os)	TAK	NIE
Proszę o rezerwację odpłatnego wyżywienia:*	14 czerwca – kolacja (46,44 zł/szt.)	TAK	NIE
	15 czerwca – obiad (48,60 zł/szt.)	TAK	NIE
	15 czerwca – kolacja (46,44 zł/szt.)	TAK	NIE
	16 czerwca – obiad (48,60 zł/szt.)	TAK	NIE

Dane do faktury dla Centrum Konferencyjnego Falenty:

.....
Czy potrzebny Pani/u transport z dworca Warszawa Centralna:

TAK

NIE

Jeżeli TAK, prosimy o podanie prawdopodobnej daty i godziny przyjazdu:

.....
data, podpis