

Wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.

DATA: 6 września 2019

MIEJSCE: PIPFIWM POLFARMED ul. Łucka 2/4/6, 00-845 Warszawa

Dane personalne uczestników oraz firmy:

Imię i nazwisko uczestnika:

Nazwa firmy:

Adres firmy:

NIP:

Tel:

Fax:

E-mail:

Dane do
faktury
VAT

Proszę o przesłanie faktury proforma na adres e-mail/fax:

☐

cena netto dla członków Izby: 1 000,00 PLN

☐

cena netto dla pozostałych uczestników: 1 000,00 PLN

do ceny należy doliczyć podatek VAT 23 %

Warunki uczestnictwa:

- Cena obejmuje prelekcje, materiały i certyfikat.
- Po otrzymaniu zgłoszenia prześlemy Państwu potwierdzenie udziału w szkoleniu.
- Z chwilą potwierdzenia udziału następuje zawarcie wiążącej umowy pomiędzy zgłaszającym a POLFARMED.
- Wpłaty należy dokonać nie wcześniej niż 7 dni przed datą szkolenia i nie później niż 2 dni przed rozpoczęciem szkolenia na konto: 97 1240 1037 1111 0000 0691 8529
- Rezygnację z udziału należy przysyłać w formie pisemnej.
- W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 7 dni od daty szkolenia POLFARMED ma prawo obciążenia opłatą manipulacyjną w wysokości 30% ceny szkolenia + VAT.
- W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 3 dni przed rozpoczęciem szkolenia pobierane jest 100% opłaty.
- Nieodwołanie zgłoszenia lub niewzięcie udziału w szkoleniu skutkuje obciążeniem pełnymi kosztami udziału.
- Niedokonanie wpłaty nie jest jednoznaczne z rezygnacją z udziału.
- Zamiast zgłoszonej osoby w szkoleniu może wziąć udział inna osoba, wskazana przez firmę zgłaszającą.
- Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie i odwołania szkolenia z ważnych przyczyn. Jednocześnie organizator powiadomi uczestników o zmianach i odwołaniu szkolenia jak również zwróci wpłacone kwoty.

☐**Proszę o wystawienie faktury VAT.**Oświadczamy że akceptujemy warunki uczestnictwa w szkoleniu
oraz zobowiązujemy się do zapłaty.

podpis i pieczętka

