



Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W WARSZTATACH SZKOLENIOWYCH

KODOWANIE I ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

Czas i miejsce szkolenia: 13-14 styczeń 2025 r.
HOTEL STYL 70, ul. Studzienicka 58, 43-211 Piasek k. Pszczyny

DANE PŁATNIKA DO FAKTURY:

Nazwa i adres jednostki zgłaszającej uczestników (w tym NIP) lub adres zamieszkania
w przypadku zgłoszeń indywidualnych:

.....
.....
.....

Imię i nazwisko uczestnika warsztatów	Adres e-mail	Numer kontaktowy	Stanowisko / Miejsce pracy	Koszt
1.				<u>1 800,00 zł</u> netto, VAT zwolniony / za 1 osobę
2.				
3.				

Ogólne zasady uczestnictwa:

1. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na nasz adres: szkolenia@ptkm.org.pl **w nieprzekraczalnym terminie 31 grudnia 2024 r.**
2. Z uwagi na warsztatowy charakter wydarzenia decyduje kolejność zgłoszeń. Zastrzegamy sobie możliwość zamknięcia listy uczestników przed wskazanym terminem zgłoszeń.
3. Płatność na podstawie faktury pro-forma, **na minimum 7 dni przed datą rozpoczęcia warsztatów.**
4. Przy zgłoszeniu 3 lub więcej uczestników z jednej placówki RABAT w wys. 10% (cena 1 620,00 zł / os.)
5. Organizator szkolenia zapewnia nocleg 13/14 stycznia 2025 r.
6. Cena zawiera koszty przerw kawowych, lunchu w obu dniach oraz kolacji w dniu 13.01.2025 r.

Zakwaterowanie (prosimy o zaznaczenie, jeżeli uczestnik potrzebuje zakwaterowania)

- Proszę o rezerwację zakwaterowania w terminie 13-14 stycznia 2024 r., w HOTEL STYL 70, ul. Studzienicka 58, 43-211 Piasek k. Pszczyny, dla uczestników wskazanych w pozycjach:

Podpis osoby uprawnionej do składania zamówień