



Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W WARSZTATACH SZKOLENIOWYCH

KODOWANIE I ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

Czas i miejsce szkolenia: 24-25 kwietnia 2025 r.

Vienna House by Wyndham Mokotów Warszawa, ul. Postępu 4

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.				1 650,00 zł netto, VAT zwolniony / za 1 osobę
2.				
3.				
4.				

Ogólne zasady uczestnictwa:

1. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na nasz adres: szkolenia@ptkm.org.pl **w nieprzekraczalnym terminie 18 kwietnia 2025 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 1 485,00 zł / os.).**
5. Cena zawiera koszty przerw kawowych, lunchu w obu dniach oraz kolacji w dniu 24.04.2025 r.
6. Cena nie zawiera noclegu (preferencyjna cena pokoi w hotelu konferencyjnym dla uczestników warsztatów, za nocleg ze śniadaniem: 420,00 zł/pokój 1-osobowy, 460,00 zł/ pokój 2-osobowy).

Podpis osoby uprawnionej do składania zamówień

Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych
ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, 25-734 Kielce
e-mail: szkolenia@ptkm.org.pl, www.ptkm.org.pl