

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU  
w dniu(ach) .....**

**Dane dotyczące uczestnika:** .....

(Nazwisko i imię)

**Dane dotyczące faktury za szkolenie**

**Faktura na aptekę**

**Faktura imienna**

.....  
(Nazwa apteki lub Imię i nazwisko uczestnika szkolenia)

.....  
(Adres apteki lub zamieszkania uczestnika szkolenia)

.....  
(Kod pocztowy i miejscowość)

.....  
(NIP)

.....  
(Pieczęć apteki i podpis właściciela lub podpis uczestnika szkolenia)

---

**Wypełnioną deklarację uczestnictwa prosimy przekazać do 25 09.2009 r.  
Doradcom Klienta lub do Działu Handlowego PGF Aptekarz Sp. z o.o.**

Ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń!!!