Formularz ORA Wałbrzych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU** *(nazwa i adres kancelarii - do wystawienia rachunku)* | Okręgowa Rada Adwokacka  w Wałbrzychu  Rynek 5  58-300 Wałbrzych  tel. 74 842 62 99 w.2  fax 74 842 62 58 | | |
|  |  |  | | |
| ...........................................................................  ***imię i nazwisko*** *– uczestnika szkolenia*  ...........................................................................  *adres doręczenia rachunku*  ...........................................................................  ***tel. kontaktowy, adres e-mail*** | *Miejsce i termin pobytu:*  **Hotel ARTUS**  **w Karpaczu**  **ul. Wilcza 9**  w dniach: **27-30.11.2014 r.** | |  |
| Konto bankowe: Izba Adwokacka w Wałbrzychu, Rynek 5, 58-300 Wałbrzych  ING Bank Śląski O/Wałbrzych  **89 1050 1908 1000 0023 2534 4238** | | | |
| *Koszt pobytu w hotelu i uczestnictwa w szkoleniu dla jednej osoby:*   * Adwokaci Izby Adwokackiej w Wałbrzychu: kwota **450,00 zł [ ]\***      * Aplikanci Izby Adwokackiej w Wałbrzychu: kwota **350,00 zł** **[ ]\*** * Adwokaci i Aplikanci z innych Izb Adwokackich: kwota **800,00 zł** **[ ]\***   Dopłata za korzystanie z pokoju 1-osobowego: kwota 150,00 zł [ ]\*  (Uwaga! liczba pokoi jednoosobowych jest ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń  i potwierdzenie rezerwacji przez ORA).  *\* Prosimy zakreślić* „ **X** ” *właściwe pozycje*    Zgłaszam udział tylko w szkoleniu zawodowym: 0 zł [ ]\*\*  /**\*\***dotyczy Adwokatów Izby Wałbrzyskiej – termin zgłoszenia do dnia 31.10.2014 r./ | | | |
| Oświadczam, że zapoznałem się z programem i ofertą szkolenia oraz proponowanymi warunkami finansowymi i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń. Organizatorzy zastrzegają możliwość zmiany programu. | | | |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb zorganizowania niniejszego szkolenia zawodowego. | | | |

**........................................................**

data, pieczątka i podpis zamawiającego

|  |
| --- |
| W celu zakwaterowania proponuję *osobę*, z którą chciałbym/chciałabym być zakwaterowany/a w pokoju:  ....................................................................................................................................................  Formularz zgłoszenia i wpłatę z dopiskiem „*szkolenie – Karpacz 2014 r.”*  należy przesłać w terminie do dnia **31 października 2014 roku *(decyduje kolejność zgłoszeń)*** na adres e-mail: [ksiegowosc.ora@gmail.com](mailto:ksiegowosc.ora@gmail.com) fax 74 842 62 58  Potwierdzenie rezerwacji nastąpi na adres e-mail podany powyżej w zgłoszeniu,  po zaksięgowaniu wpłaty za szkolenie. Rachunek zostanie doręczony na podany adres. |