Formularz ORA Wałbrzych

|  |  |
| --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU***(nazwa i adres kancelarii - do wystawienia rachunku)*  | Okręgowa Rada Adwokackaw WałbrzychuRynek 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 fax 74 842 62 58Potwierdzenie rezerwacji nastąpi na adres e-mail podany powyżej w zgłoszeniu, po zaksięgowaniu wpłaty za szkolenie. Rachunek zostanie doręczony na podany adres.  |