



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie

08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50

Centrala: tel. 25 / 684 47 00 Sekretariat: tel. 25 / 684 49 49, fax 25 / 684 37 08
spzozgarwolin@spzozgarwolin.pl www.spzozgarwolin.pl

NIP: 826-17-76-028 REGON: 712353954 KRS: 0000052483 Nr rachunku bankowego 92 1240 2728 1111 0000 3979 5717

Szpital: 08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50 Przychodnia: 08-400 Garwolin, ul. Staszica 18

Formularz zgłoszeniowy Członków ZRM na

IV Mazowieckie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym

– eliminacje do Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym

Garwolinie, 8-10 maja 2024 r.

1.	Data zgłoszenia:		
2.	Numer zgłoszenia:*		
3.	Pełna nazwa firmy:		
4.	NIP:		
5.	Miejscowość, kod pocztowy:		
6.	Ulica, numer lokalu:		
7.	Nr. telefonu:		
8.	Nr. faksu:		
9.	e-mail:		
10.	Imię i nazwisko członka zespołu wraz z numerem telefonu:	Rozmiar koszulek (S, M, L, XL, XXL)	Funkcja w zespole
	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	Osoba upoważniona do kontaktu oraz telefon kontaktowy		
12.			

potwierdzam zgodność powyższych danych z rzeczywistością oraz z Regulaminem

„IV Mazowieckie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym, Garwolin 2024”

miejscowość

data

podpis, pieczęć



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie

08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50

Centrala: tel. 25 / 684 47 00 Sekretariat: tel. 25 / 684 49 49, fax 25 / 684 37 08
spzozgarwolin@spzozgarwolin.pl www.spzozgarwolin.pl

NIP: 826-17-76-028 REGON: 712353954 KRS: 0000052483 Nr rachunku bankowego 92 1240 2728 1111 0000 3979 5717

Szpital: 08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50 Przychodnia: 08-400 Garwolin, ul. Staszica 18

- Prosimy również o dołączenie aktualnego ubezpieczenia zawodników biorących udział w zawodach (skan)

Uprzejmie prosimy o odesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego oraz oświadczenia w nieprzekraczalnym terminie do dnia **30 marca 2024 r. (decyduje kolejność zgłoszeń)**

- skan na e-mail:
sekretariat@spzozgarwolin.pl i zawody@spzozgarwolin.pl
(proszę o przesłanie zgłoszeń na dwa adresy e-mail)

Opłata za uczestnictwo wynosi:

- uczestnik – członek zespołu ** - 2.500,00 PLN brutto / 1 osoba

Prosimy o dokonywanie wpłat za uczestnictwo oraz przesłanie potwierdzenia dokonania przelewu do dnia **12 kwietnia 2024 r.**

Niedokonanie wpłaty w terminie równoznaczne jest z rezygnacją udziału w zawodach.

Wpłaty należy dokonać na:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie
ul. Lubelska 50, 08-400 Garwolin

Bank: Pekao S.A. o/Garwolin nr: 65 1240 2728 1111 0011 3257 0364

tytuł przelewu: „**IV Mazowieckie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym Garwolin 2024**”

**wypełnia organizator*

*** Cena dla uczestnika – członka zespołu w przypadku złożenia oświadczenia VAT – zwolnienie
W przypadku braku oświadczenia należy doliczyć 23% VAT, czyli 2500,00 zł + 23% VAT*