



## Akademia GMP

### ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W I EDYCJI AKADEMII GMP

Zgłaszam swój udział w cyklu szkoleniowym Akademia GMP. Znam i akceptuję Regulamin udziału w Akademii GMP (Regulamin tutaj).

Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną dotyczącą zasad przetwarzania przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne danych osobowych uczestnika.

.....  
Data i podpis

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Wykształcenie</b>	
<b>Doświadczenia zawodowe</b>	Praca w przemyśle farmaceutycznym: tak, nie*, w innym jakim:..... W Dziale:....., od ilu lat ..... Stanowisko:..... Zakres dotychczasowych czynności/odpowiedzialności: ..... ..... ..... Inne istotne informacje: ..... ..... ..... .....
<b>Miejsce pracy</b>	
<b>Adres do kontaktu</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Dane do faktury</b>	



## Akademia GMP

<b>Warunki płatności</b> <b>*)</b>	<b>Rabaty:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 10% przy zgłoszeniach do dnia 10.12.2022 r.,</li><li><input type="checkbox"/> 10% dla drugiej i każdej kolejnej osoby z tej samej firmy,</li><li><input type="checkbox"/> 15% dla osób prywatnych</li></ul> <b>Opłaty:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> pełna płatność</li><li><input type="checkbox"/> ratałna</li></ul>
---------------------------------------	---

\*odpowiednie zaznaczyć