



Akademia GMP

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W II 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

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



Akademia GMP

Warunki płatności *)	Rabaty: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 10% przy zgłoszeniach do dnia 30.10.2022 r.,<input type="checkbox"/> 10 % dla osób prywatnych Opłaty: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> pełna płatność<input type="checkbox"/> ratalna
---------------------------------------	--

*odpowiednie zaznaczyć