

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### Warsztaty dla koordynatorów do spraw POCT

07-08.04.2017 r

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony  
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin

.....  
TERMIN

.....  
MIEJSCE

### Niniejszym zgłaszam swój udział w Warsztatach

#### Dane Uczestnika (zgłoszenie):

(Prosimy o czytelne wypełnienie najlepiej drukowanymi literami)

.....  
TYTUŁ NAUKOWY

.....  
IMIĘ

.....  
NAZWISKO

.....  
MIEJSCE PRACY

.....  
KOD

.....  
MIASTO

.....  
ULICA

.....  
NUMER

.....  
TELEFON KOMÓRKOWY

.....  
ADRES EMAIL

#### Dodatkowe dane Uczestnika (PIT-8C):

(Szczegółowe wyjaśnienie na stronie 2)

.....  
PESEL

.....  
DATA URODZENIA

Adres zameldowania:

.....  
ULICA

.....  
NR DOMU

.....  
NR LOKALU

.....  
MIEJSCOWOŚĆ

.....  
KOD POCZTOWY

.....  
WOJEWÓDZTWO

.....  
POWIAT

.....  
GMINA

Urząd Skarbowy:

.....  
NAZWA

.....  
ADRES

## Nocleg

- Zamawiam nocleg w pokoju dwuosobowym

.....  
**UWAGI DO NOCLEGU**

(np. preferowana druga osoba do zakwaterowania itp.)

## Oświadczenie dla celów podatkowych:

**Ja, niżej podpisany/na/ przyjmuję do wiadomości, że koszt mojego uczestnictwa pokryty przez Organizatora ze środków Fundacji stanowi dla mnie przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych i zostanie przeze mnie rozliczony w zeznaniu podatkowym za rok 2017 na podstawie otrzymanej informacji PIT – 8C**

*/interpretacja podatkowa Dyrektora Izby Skarbowej w Katowicach nr: IBPB II/1/415-866/14/ASz z dnia 19 stycznia 2015 r./*

**Niniejszym akceptuję przedstawione warunki uczestnictwa oraz udzielam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do realizacji konferencji oraz wystawienie formularza PIT-8C.**

.....  
DATA

.....  
PODPIS