

ЗАЯВКА ЗА УЧАСТИЕ В КУРС ПО ХОМЕОПАТИЯ

Учебна година 2010-2011

Долуподписаният/та.....

маг. фармацевт пом. фармацевт

ЕГН: Година на дипломиране: Говорими чужди езици:

Адрес за кореспонденция: гр..... пощ.код..... ж.к.....

Ул:

Телефон:(дом).....(сл.).....(моб.)..... e-mail:.....

Месторабота: УИН.....

Данни за издаване на фактура*: (Моля попълнете само, ако желаете да получите фактура)

Име на фирмата:

Булстат: (за юридически лица)

Или ЕГН:(Попълва се само, ако физическото лице желае фактура)

Адрес по регистрация:

Получател:

Желая да участвувам в курса по клинична хомеопатия 1-ви цикъл за учебната 2010-2011 година в:

гр. СОФИЯ гр. ПЛОВДИВ гр. ПЛЕВЕН

Прилагам: 1. фотокопие от диплома за завършено висше образование по фармация

2. фотокопие от платежно нареждане за банков превод за платена такса

Дата:.....

Подпис:.....

***ЗАБЕЛЕЖКА:** Съгл. чл. 113 от ЗДДС фактури се издават до 5 дни от датата на получаване на банковия превод.

С молба да се попълни четливо с печатни букви!