

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **PEŁNA NAZWA FIRMY** |  | | | | |
| **2.** | **NIP** |  | | | | |
| **3.** | **MIEJSCOWOŚĆ, KOD POCZTOWY** |  | | | | |
| **4.** | **ULICA, NR LOKALU** |  | | | | |
| **5.** | **OSOBA DO KONTAKTU** |  | | | | |
| **6.** | **TELEFON** |  | | | | |
| **7.** | **E-MAIL** |  | | | | |
| **ZESPÓŁ** | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA ZESPOŁU** | | | | **NUMER TELEFONU** | **FUNKCJA** | **ROZMIAR KOSZULKI**  **S/M/L/XL/XXL/XXXL** |
| **I.** |  | | |  |  |  |
| **II.** |  | | |  |  |  |
| **Niniejszym potwierdzam zgodność danych podanych w formularzu oraz akceptuję regulamin  X Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym Lublin 22 – 24 maja 2024 r.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Miejscowość** | | | **Data** | **Pieczęć i Podpis** | | |
| Prosimy o odesłanie w nieprzekraczalnym terminie do dnia **29.03.2024 r.** skanu wypełnionego formularza zgłoszeniowego  oraz skanu Oświadczenia VAT na adres: **mistrzostwa@pogotowie.lublin.pl**  **Oryginały dokumentów tj.: formularz zgłoszeniowy, oświadczenie VAT, zgoda na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku dla uczestników (dla każdego z osobna) prosimy przesłać pocztą tradycyjną na adres: Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe SP ZOZ w Lublinie, ul. Spadochroniarzy 8, 20-043 Lublin do 05.04.2024 r.**  **Decyduje kolejność zgłoszeń.**  Opłata za uczestnictwo wynosi:  **CZŁONEK ZRM - 2 300 zł brutto** za **1** osobę  (w przypadku złożenia Oświadczenia VAT – zwolnienie 23 % z podatku VAT, w przypadku braku Oświadczenia VAT należy doliczyć 23 % VAT, czyli 2 300 + 23 % VAT)  **Wpłata na konto: Velo Bank O/Lublin nr 10 1560 0013 2015 2241 7000 0006** z tytułem **X Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym Lublin 2024**  Wpłatę za uczestnictwo w mistrzostwach prosimy uiścić do dnia 05.04.2024 r.  Brak wpłaty w terminie oznacza rezygnację z udziału w zawodach  W ramach opłaty zapewnione są noclegi, pakiet startowy, wyżywienie i materiały informacyjne. | | | | | | |