**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu**

Prosimy o uzupełnienie danych niezbędnych do wystawienia faktury za udział w obowiązkowym kursie dla pielęgniarek i położnych dokonujących przetoczeń krwi i jej składników.

Pełna nazwa firmy: ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………… ………………………………………………………………………… data czytelny podpis

*faktura zostanie wysłana na podany adres;*

*zaświadczenie o odbyciu szkolenia zostanie wysłane na podany adres po dokonaniu opłaty*