**KARTA ZŁOSZENIA UCZESTNICTWA W**

**Regionalnych Mistrzostwach Polski w Ratownictwie Medycznym**

**ŁÓDŹ 2024**

**DANE DYSPONENTA**

|  |
| --- |
| **Nazwa jednostki:**  |
|  |
| **Miejscowość:** | **Kod pocztowy:** |
|  |  |
| **Ulica** | **Numer budynku** | **Nr NIP** |
|  |  |  |
| **Nr telefonu do przedstawiciela:** | **Adres email przedstawiciela:**  |
|  |  |

**DANE ZESPOŁU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko członka zespołu:** | **Rozmiar koszulki** | **Funkcja w zespole** | **Numer telefonu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Przypominamy, że zgodnie z Regulaminem Mistrzostw podstawowy zespół ratownictwa medycznego startuje w składzie dwuosobowym podczas, gdy specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego w zespole trzyosobowym przy czym w jego skład musi wchodzić lekarz.

**DANE OBSERWATORA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko członka zespołu:** | **Rozmiar koszulki** | **Funkcja w zespole** | **Numer telefonu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Niniejszym potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu oraz akceptuję Regulamin Regionalnych Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym ŁÓDŹ 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Miejscowość** | **Funkcja** | **Podpis**  |
|  |  |  |  |

**IFORMACJE DOTYCZĄCE PŁATNOŚCI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Charakter uczestnictwa:** | **Koszt uczestnictwa:** | **Uwagi:**  |
| Uczestnik | 2 500 zł od osoby | Zwolnienie z VAT pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o zwolnieniu z VAT.  |
| Obserwator | 2 500 zł od osoby | Do kwoty należy doliczyć VAT zgodnie ze stawką 23%.  |
| **Dane do przelewu:** |
| Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi91-202 Łódź, ul. Warecka 2Nr konta:  58 1240 1545 1111 0011 3558 3615Dopisek: Regionalne Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym Łódź 2024 |
| **Uwagi:**  |
| Zgłoszenia należy przesyłać na adres: sekretariat@wsrm.lodz.plTermin zgłoszeń upływa: 14 kwietnia 2024 roku |