



Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W WARSZTATACH SZKOLENIOWYCH

KODOWANIE I ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

Czas i miejsce szkolenia: 23-24 listopada 2026 r.

Hotel Zacisze ***, ul. Turystyczna 1 w Ciścu obok Węgierskiej Górki

DANE PŁATNIKA DO FAKTURY:

Nazwa i adres jednostki zgłaszającej uczestników (w tym NIP) lub adres zamieszkania w przypadku zgłoszeń indywidualnych:

.....

.....

.....

Imię i nazwisko uczestnika warsztatów	Adres e-mail	Numer kontaktowy	Stanowisko / Miejsce pracy	Koszt
1.				2 000,00 zł netto, VAT zwolniony / za 1 osobę
2.				
3.				
4.				

Ogólne zasady uczestnictwa:

1. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesać na nasz adres: szkolenia@ptkm.org.pl **w nieprzekraczalnym terminie do 13 listopada 2026 r.**
2. Z uwagi na warsztatowy charakter wydarzenia decyduje kolejność zgłoszeń. Zastrzegamy sobie możliwość zamknięcia listy uczestników przed wskazanym terminem zgłoszeń.
3. Płatność na podstawie faktury pro-forma, **na minimum 3 dni przed datą rozpoczęcia warsztatów.**
4. Przy zgłoszeniu 3 lub więcej uczestników z jednej placówki RABAT w wys. 10% (cena 1 800,00 zł / os.).
5. Organizator szkolenia zapewnia nocleg 23/24.11.2026 r.
6. Cena zawiera koszty przerw kawowych, lunchu w obu dniach oraz kolacji w dniu 23.11.2026 r.

Podpis osoby uprawnionej do składania zamówień

Zakwaterowanie

- ☐ Proszę o rezerwację zakwaterowania od dnia do dnia, w Hotelu Zacisze ***, ul. Turystyczna 1 w Ciścu obok Węgierskiej Górki

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że nabyta od *Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych* usługa szkoleniowa mająca charakter usługi kształcenia zawodowego / przekwalifikowania zawodowego, jest finansowana ze środków publicznych:

- ☐ w całości, zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit C ustawy z dnia 11.03.2004 o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54 poz. 535 ze zm.)*,
- ☐ w co najmniej 70% zgodnie z § 3 ust.1 pkt.14 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 06.05.2015r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2015r., poz. 736)*.

* - formę finansowania proszę zaznaczyć w odpowiednim kwadracie

.....
(data i podpis i pieczętka osoby upoważnionej)