

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## II Roztoczańskie Dni STOMOZ

„Aktualne problemy sektora ochrony zdrowia - wyzwania i propozycje rozwiązań”.

**Data i miejsce:** 26-27.09.2024 r. Szumy Park, ul. Leśna 4,22-672 Susiec

**Cena:**

- standardowa **1.100 zł netto/ 1.353 zł brutto (z noclegiem)**  
**650 zł netto/799,50 zł brutto (bez noclegu)**
- dla członków STOMOZ **900 zł netto/1.107,00 zł brutto (z noclegiem)**  
**500 zł netto/615,00 zł brutto (bez noclegu)**

\*Dopłata do pokoju jednoosobowego **150,00 zł netto/184,50 zł brutto**

**Jeżeli reprezentujesz jednostkę publiczną i udział w konferencji w całości finansowany jest przez tą jednostkę ze środków publicznych, szkolenie jest zwolnione z podatku VAT.** Wtedy należy dokonać zapłaty w kwocie netto, w pozostałych przypadkach należy dokonać zapłaty w kwocie brutto. Aby uzyskać możliwość zwolnienia z VAT-u, uzupełnij załączone **Oświadczenie** i dołącz do zgłoszenia.

### ZGŁOŚ UDZIAŁ

Odeślij wypełniony i podpisany formularz oraz oświadczenie (jeśli dotyczy) na adres mailowy:

- do dnia 19-09-2024 r. **justyna.kokoszka@silesiana.info.pl**
- od dnia 20-09-2024 r. **karinakusz@szpital2.bytom.pl**

NAZWA PLACÓWKI ZGŁASZANEJ:

\_\_\_\_\_

NIP:

\_\_\_\_\_

ADRES:

\_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

\_\_\_\_\_

STANOWISKO SŁUŻBOWE:

\_\_\_\_\_

TELEFON KONTAKTOWY, E-MAIL:

\_\_\_\_\_

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM CZŁONKIEM STOMOZ

TAK

NIE

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej

**Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej**  
**ul. Złota 61/100 00-819 Warszawa NIP: 526-100-80-84**  
**Bank Polska Kasa Opieki S.A. nr 91 1240 1356 1111 0000 2325 2477**  
**( w tytule przelewu prosimy podać nazwę konferencji oraz nazwisko zgłaszanej osoby)**

## OŚWIADCZENIE INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ SZKOLENIE

Niniejszym oświadczam, że szkolenie/konferencja:

**II Roztoczańskie Dni STOMOZ „Aktualne problemy sektora ochrony zdrowia - wyzwania i propozycje rozwiązań”** mające miejsce 26-27 września 2024 r. w Szumy Park, ul. Leśna 4, 22-672 Susiec.

jest dla naszych pracowników:

.....,

.....,

.....

usługą kształcenia zawodowego/przekwalifikowania zawodowego, a udział wyżej wymienionych osób w przedmiotowym szkoleniu ma na celu podniesienie ich kwalifikacji zawodowych lub uaktualnienia wiedzy. Usługa może zostać zwolniona z VAT ze względu na to, że została sfinansowana **(zaznaczyć odpowiednie):**

w całości ze środków publicznych –zgodnie z treścią art.43 ust.1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11.03.20104r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r. poz. 361 z późn.zm.)

w co najmniej 70 % ze środków publicznych zgodnie z treścią § 3 ust.1 pkt 14 Rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2023 r. poz. 955 z póź.zm).

Nazwa instytucji wysyłającej pracowników na szkolenie:

.....

.....

.....  
(pieczętka i podpis osoby reprezentującej instytucję zamawiającą)