

# FORMULARZ REJESTRACYJNY

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza na nr faxu: +48 71 335 70 90 lub e-mail: edukacja@dental-depot.com  
tel. kontaktowy +48 71 335 70 71.

## PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE:

## ZAMAWIAM KURS:

Tytuł \_\_\_\_\_  
(niezbędny do certyfikatu) Nr prawa wyk. zawodu \_\_\_\_\_

imię \_\_\_\_\_

nazwisko \_\_\_\_\_

nazwa gabinetu \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

miasto \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## ZASADY PŁATNOŚCI:



Specjalistyczna Klinika  
Implantologiczno-Stomatologiczna  
**DR HAB. N. MED. PIOTR MAJEWSKI**

Klinika Implantologiczno-Stomatologiczna  
ul. Miłkowskiego 3/701, Kraków 30-349  
Nr Konta Bankowego: 67-1240-1444-1111-0000-0937-5774  
Z dopiskiem:  
*Kurs podstawowy / zaawansowany chirurgiczny/ protetyczny*

**CENY I PROMOCJE MOGĄ ULEC NIEWIELKIM ZMIANOM. DLA KLIENTÓW PODPISUJĄCYCH UMOWĘ, WIĄŻĄCE SĄ CENY, PROMOCJE I ZASADY Z UMOWY.**

### REJESTRACJA/REZYGNACJA

W celu zapewnienia każdemu z uczestników kursu warunków sprzyjających nauce, liczba uczestników każdego wydarzenia jest ograniczona. Rejestracja odbywa się poprzez uzupełnienie formularza zgłoszeniowego. Po pozytywnej weryfikacji przez Organizatora Uczestnik niezwłocznie otrzyma informacje o dokonanej rejestracji, wpisaniu na listę uczestników oraz o obowiązku uiszczenia opłaty za wydarzenie w terminie 7 dni od otrzymania faktury przy czym nie później niż w terminie 14 dni przed datą rozpoczęcia wydarzenia. Umowa zostaje zawarta z chwilą wysłania do Uczestnika informacji o dokonanej rejestracji. O kolejności zgłoszenia decyduje data zawarcia umowy.

Organizator wystawi fakturę w terminie do 3 dni od daty rejestracji. Uczestnik upoważnia Organizatora do wystawienia faktury bez podpisu. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest wniesienie pełnej opłaty za kurs.

Uczestnik ma prawo zrezygnować z uczestnictwa w wydarzeniu. W tym celu powinien złożyć pisemne zawiadomienie o rezygnacji na adres Organizatora lub pocztą elektroniczną na adres edukacja@dental-depot.com. Dla oceny terminu rezygnacji liczy się data wpływu do Organizatora oświadczenia o rezygnacji z wydarzenia.

W przypadku zgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa w wydarzeniu w terminie dłuższym niż 14 dni przed datą rozpoczęcia wydarzenia Uczestnikowi przysługuje prawo do zwrotu faktycznie wpłaconej opłaty za kurs pomniejszonej o 10% opłaty administracyjnej, a w przypadku złożenia rezygnacji przed opłaceniem kursu Organizatorowi przysługuje prawo do pobrania opłaty administracyjnej w wysokości 10% opłaty za wydarzenie.

W przypadku zgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa w wydarzeniu w terminie krótszym niż 14 dni przed datą rozpoczęcia wydarzenia, niezgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa, niestawiennictwa na wydarzeniu, opuszczenia wydarzenia w jego trakcie Organizator zachowuje prawo do pobrania pełnej opłaty za wydarzenie.

Niniejszym upoważniam Dental Depot Wasio do wystawienia faktury VAT bez podpisu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki umowy.

Oświadczam, że zapoznałem/am się oraz akceptuję Regulamin Wydarzenia dostępny na stronie [www.dental-depot.com](http://www.dental-depot.com) w dziale EDUKACJA.

.....  
Data Podpis Uczestnika \*)

ORGANIZATOR WYDARZENIA:



Wyłączny przedstawiciel BIOMET 3i w Europie Środkowej: Dental Depot Wasio

#### Siedziba główna:

al. Lipowa 32, 53-124 Wrocław  
tel.: +48 71 335 70 71, fax: +48 71 335 70 90  
[www.dental-depot.com](http://www.dental-depot.com), [biura@dental-depot.com](mailto:biura@dental-depot.com)

#### Oddział Warszawa:

ul. Wybieg 19 (wejście od ul. Słonecznej 27), 00-788 Warszawa  
tel.: +48 22 646 24 73, fax: +48 22 646 30 13  
[www.dental-depot.com](http://www.dental-depot.com), [biurowarszawa@dental-depot.com](mailto:biurowarszawa@dental-depot.com)