

**UWAGA ! Prosimy przesłać do biura Związku najpóźniej do 10.10.2018.**

(e-mail: [zzpf@zzpf.org.pl](mailto:zzpf@zzpf.org.pl))



.....  
(pieczęć apteki)

## K A R T A   Z G Ł O S Z E N I A

na konferencję ZZPF w Warszawie, w dniu 16-17 października 2018 w Golden Floor Tower, Chłodna 51, 32piętro.

Imię i Nazwisko ..... tel. praca ..... kom .....

**Adres e-mail:**

.....  
(data i podpis)

Opłata rejestracyjna 10 PLN płatne w dniu wysłania zgłoszenia na konto: 85 1090 1014 0000 0001 3596 3594

**Związek Zawodowy Pracowników Farmacji (ZZPF)**

Polish Trade Union of Pharmacy Workers

Tel: +(48) 602101979

NIP: 5223098180

KRS: 0000690692

E-mail: [zzpf@zzpf.org.pl](mailto:zzpf@zzpf.org.pl)