Potwierdzenie uczestnictwa w dniu 14-04-2016r. – **prosimy o zwrot na spotkaniu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kod świadczeniodawcy** | **Nazwa (pieczątka)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Podpis uczestnika** |
|  |  |  |  |

**Parking VIP - wejście nr 1 - od ul. Zakładowej (dziedziniec)**

 **Wjazd uczestników konferencji - brama nr 3 naprzeciwko hotelu Tęczowy Młyn na hasło: Narodowy Fundusz Zdrowia**

**Przy bramie nr 3 - Ochrona będzie informowała uczestników konferencji o dalszym kierunku jazdy oraz o miejscach parkingowych**