***Potwierdzenie uczestnictwa – prosimy przesłać na adres***

***Stowarzyszenia Absolwentów w terminie do 25 czerwca 2017 r.***

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział Lekarski 1997 |  |
| Wydział Stomatologiczny 1996 |  |
| Wydział Farmaceutyczny 1996 |  |
|  | |

|  |
| --- |
| ***Imię i nazwisko***  ***Nazwisko panieńskie*** |

***Adres domowy***

|  |
| --- |
| *Kod....................................Miejscowość......................................................................................*  *Ul..................................................................................................................................................*  ***Tel. kier.( )..................................................e-mail …............................................................... Komórka: ………………………………..*** |
| Miejsce pracy i adres  |  | | --- | | ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Stanowisko …………………………………………………………………………………….......... Specjalizacja.........................................................................................................................................Kod....................................Miejscowość.............................................................................................. Ul. ........................................................................................................................................................ **Tel. kier. ( )........................................... *e-mail…………………………………………………...........***  ***Komórka:………………………………..*.** |   *Wyrażam zgodę na umieszczenie powyższych informacji w wydawnictwie zjazdowym*  ***.................................................................................. .(podpis)*** |

***Proszę przesłać na adres SA AM i UM niezależnie od uczestnictwa w zjeździe.***

***Wpłata za Zjazd i na rzecz SA AM i UM może być na jednym przekazie.***

##### Każda wpłata musi zawierać informację!!!!

##### wydział i rok ukończenia studiów

##### Zgłaszam udział:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***I część spotkania***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Jedna osoba* | |  | |  |  | | | | *Dwie osoby* | |  |   ***II część spotkania (bankiet)*** | | | | ***Podaję wielkość noszonej***  ***odzieży***   |  | | --- | |  | | |
| *Jedna osoba* |  |  |  | |
|  |
| *Dwie osoby* |  |  |  | |

***Proszę o zarezerwowanie hotelu:***

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Pok. jednoosobowy*** |  |  |
|  |  |  |
| ***Pok. dwuosobowy*** |  |  |
|  |  |  |
| ***Na następujące doby*** |  | |

***Wpisz daty***

**Dla Kolegów spoza Łodzi istnieje możliwość rezerwacji noclegu w hotelach.**

|  |  |
| --- | --- |
| Grand, Łódź, ul. Piotrkowska 72, tel. 42 632-19-95  Pokój jednoosobowy – 141 zł  Pokój dwuosobowy – 142 zł  + 30 zł śniadanie od osoby  e-mail: grand@hotel.com.pl | Światowit, Łódź, al. Kościuszki 68, t. 42 636-38-17, 36-37  Pokój jednoosobowy – 115 zł  Pokój dwuosobowy – 178 zł  Śniadanie w cenie pokoju  e-mail: m.kostecka@centrumhotele.pl |
| Savoy, Łódź, ul. Traugutta 6, tel. 42 632-93-60 Pokój jednoosobowy – 125 złPokój dwuosobowy – 190 zł w cenie pokoju śniadanie  e-mail:savoy@centrumhotele.pl | Polonia, Łódź, ul. Narutowicza 38, tel. 42 632-87-73  Pokój jednoosobowy – 106 zł  Pokój dwuosobowy – 149 zł  w cenie pokoju śniadanie  e-mail: polonia@centrumhotel.pl |
| Andel’s Łódź, ul. Ogrodowa tel. 42 279-10-01  W zależności od terminu ceny np. od 80 do 200 euro | Hilton, Łódź, ul. Łąkowa 29, tel. 42 208-80-00  e-mail: lejdl.ds@hilton.com  ceny od 250 do 300- do negocjacji |
| Qubus, Łódź, ul. Mickiewicza 7 , tel. 42 275-51-00  Pokój jednoosobowy – 270 zł  Pokój dwuosobowy – 300 zł  Śniadanie w cenie pokoju | Campanill, Łódź, ul. Piłsudskiego 27, tel. 42 664-26-00  Pokój jedno lub dwuosobowy 169 zł, 249 zł  + śniadanie 35 zł od osoby  e-mail: rezerwacjalodz@campanill.com.pl |

Lub inne