

KÖLTSÉGVÁLLALÓ NYILATKOZAT

A kitöltött nyilatkozatot a K&M Congress Kft. e-mail címére (szkennelve) vagy fax számára kérjük elküldeni.

E-mail: regisztracio@kmcgress.com | Fax: (06-1) 301-2001

Alulírott _____ vállaljuk, hogy

_____ helyett a

XXV. Magyarországi Egészségügyi Napokon

(Siófok, 2018. október 10–12.)

felmerülő költségeit, maximum _____ Ft összeget

a K&M Congress Kft. számlája ellenében a számlán megadott határideig és bankszámlára befizetjük.

Tudomásul vesszük, hogy a számlán feltüntetésre kerülnek a résztvevő jelentkezési lapján megjelölt tételek (részvételi díj, szállás, étkezés, programok) valamint az, hogy a részvételi díj milyen mértékű étkezést és italt tartalmaz.

Kérem, hogy a számlát az alábbi címre állítsák ki:

Vevő neve	_____
Címe	_____
Adóig.száma	_____
Csoportos áfa-alanyiség esetén csoportazonosító szám	_____
Bankszámlaszáma	_____
Vevő ügyintézője	_____
Telefonja	_____

_____ dátum

_____ cégszerű aláírás