

inPharma  
**OMEGA-3**  
2014

## 1. PODACI O SUDIONIKU

Ime i prezime, titula: \_\_\_\_\_

Naziv tvrtke/ ustanove u kojoj je zaposlen: \_\_\_\_\_

Adresa tvrtke/ ustanove (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto): \_\_\_\_\_

Telefon/ mobitel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

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

## 2. PLAĆANJE KOTIZACIJE

Kotizacija iznosi 400,00 kn (320,00 kn + PDV)

Kotizaciju će uplatiti:

(OZNAČITI JEDNU OD MOGUĆNOSTI)

Tvrtka/ ustanova

Privatna osoba

## 3. PODACI O UPLATITELJU KOTIZACIJE

OIB uplatitelja kotizacije (tvrtke / ustanove ili privatne osobe): \_\_\_\_\_

Adresa uplatitelja (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto): \_\_\_\_\_

Kontakt osoba (ime i prezime): \_\_\_\_\_

Telefon/ mobitel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

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

## 4. POTVRDNICA

(U SLUČAJU POTREBE, ODABRATI JEDNU OD MOGUĆNOSTI)

Hrvatska ljekarnička komora

Hrvatska liječnička komora

Potvrdnica mi nije potrebna

OIB sudionika (za prijavu Komorama) \_\_\_\_\_

Slanjem ovog obrasca potvrđujem da sam suglasan/na sa svim uvjetima prijave, kotizacije i sudjelovanja na stručno-znanstvenom skupu inPharma OMEGA-3 2014. (vidi nastavak)

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

PRIJAVNICU POSLATI NA FAKS 01/38 30 789

# Opći uvjeti

## inPharma OMEGA-3 2014

### 1. PRIJAVA ZA SUDJELOVANJE

Prijava se organizatoru može poslati na dva načina:

1. faksom na br. 01/38 30 789
2. u elektronskom obliku, ispunjavanjem obrasca na [www.inpharma.hr](http://www.inpharma.hr)

### 2. KOTIZACIJA

- Kotizacija iznosi 400,00 kn (320,00 kn + PDV)

KOTIZACIJA UKLJUČUJE:

- prisustvovanje predavanjima i popratnim izložbama
- bodove Hrvatske ljekarničke komore / Hrvatske liječničke komore
- stručne materijale (program, Knjiga sažetaka)
- ručak i osvježenje u stankama.

### 3. NAČIN PLAĆANJA KOTIZACIJE

Po primitku Vaše prijave, poslat ćemo Vam ponudu za uplatu kotizacije.

Po uplati ponude, uplatitelju će biti poslan R1 račun.

- ime primatelja uplate:  
Kreativna kancelarija d.o.o., Bartolići, 19, Zagreb  
IBAN primatelja: HR6424840081500184416, Raiffeisen banka d.d. Zagreb
- opis plaćanja:  
broj ponude - OMEGA-3 (obavezno navesti broj ponude)

### 4. POTVRDA PRIJAVE

Prijava za sudjelovanje smatrat će se važećom nakon primitka uplate kotizacije.

Potvrda prijave će biti poslana na privatnu / službenu e-mail adresu prijavljenog sudionika.

Ukoliko ne primite potvrdu prijave u roku 7 dana nakon izvršene uplate molimo Vas kontaktirati nas na mail [omega3@inpharma.hr](mailto:omega3@inpharma.hr) ili na tel. 01/38 32 681.

### 5. OPĆI UVJETI

Broj sudionika je ograničen.

Prisustvovanje skupu bodovat će se prema pravilnicima Hrvatske ljekarničke komore i Hrvatske liječničke komore.

Slanjem prijave potpisnik potvrđuje da je suglasan/na sa svim uvjetima prijave, kotizacije i sudjelovanja na inPharma OMEGA-3 2014.

Dodatne informacije:

[www.inpharma.hr](http://www.inpharma.hr)

[www.cspen.com.hr](http://www.cspen.com.hr)

Tel. 01/38 32 681, 01/38 30 789

E-mail: [omega3@inpharma.hr](mailto:omega3@inpharma.hr)