



3rd Conference of the Central-Eastern European Committee for Life Disability and Health Assurance Medicine CEECLAM Insurance & Medical Challenges in New Europe 12-14 May 2008 Warsaw, Poland, WEB : WWW.PTMU.ORG.PL



REGISTRATION AND HOTEL RESERVATION FORM

Please complete this form with capital letters and return by fax to Conference Secretariat + 48 22 582 3415

DANE UCZESTNIKA / PARTICIPANT

Imię / First name Nazwisko / Family name Tytuł / Title: Prof. Dr Pan / Mr Pani / Mrs
 Organizacja / Company Stanowisko / Position
 Adres / Address Kod pocztowy i miasto / Postal code and city Kraj / Country
 tel Fax E-mail

REJESTRACJA / REGISTRATION

Termin rejestracji upływa 30 kwietnia 2008 / The deadline for registration is 30 April 2008

OPŁATY REJESTRACYJNE / CONFERENCE REGISTRATION FEE

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Członkowie PTMU / MEBOT Members PAIM, MEBOT, | 80 EUR/300 PLN |
| <input type="checkbox"/> Przedstawiciele firm ubezpieczeniowych / Insurance Companies Delegates | 200 EUR/750 PLN |
| <input type="checkbox"/> Inni uczestnicy / Other participants | 400 EUR/1500 PLN |
| <input type="checkbox"/> Tylko Sympozjum Ubezpieczenia Zdrowotne (14.05)
/Health InsuranceSymposium only (14 th May) /Polish language/ | 500 PLN |

METODA PŁATNOŚCI / MEAN OF PAYMENT

Oплата płatna w EUR lub PLN na konto Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej /
 Payments should be made in EUR or PLN payable to Polish Association of Insurance Medicine /
 Numery kont / Bank account: in PLN: 37 1090 1056 0000 0001 0832 8397
 in EUR: 34 1090 1056 0000 0001 0832 9227 SWIFT: WBKPPLPPXX, IBAN: PL
 Bank / Bank: Bank Zachodni WBK S.A., 4 Oddział Warszawa, Al. Jana Pawła II 23, 00-854 Warszawa

REZERWACJA HOTEU / HOTEL RESERVATION

Termin rezerwacji upływa 30 kwietnia 2008 / The deadline for hotel reservation is 30 April 2008

- Proszę o rezerwację w hotelu: / Please reserve accommodation in
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Pok. 1 os. / single room | Pok. 2 os. / double room |
| <input type="checkbox"/> Harenda*** | 310 PLN / 85 EUR | 340 PLN / 92 EUR |
| <input type="checkbox"/> Gromada**** | 357 PLN / 97 EUR | |
| <input type="checkbox"/> Ibis** | 307 PLN / 83 PLN | 307 PLN / 83 PLN |
- OD /Date of Arrival_____05. 2008 DO / Date of Departure_____05. 2008
- Liczba noclegów/ Number of nights Liczba osób/ Number of persons
- Zarezerwuję nocleg samodzielnie/ I have my own arrangement
- Data / Date_____ Podpis / Signature_____

CEECLAM 2008 Conference Secretariat

Mrs. Agnieszka Mrowiec mobile + 48 607 142 457
 tel + 48 22 582 3532, fax + 48 22 582 3415
 e-mail: ceeclam_warsaw_2008@ptmu.org.pl

PROSZĘ ZAZNACZYĆ METODĘ PŁATNOŚCI / PLEASE INDICATE ONE OF THE FOLLOWING:

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Przekaz bankowy/Bank draft | <input type="checkbox"/> Przelew na konto w Euro/ Bank transfer in EUR to Account | Nr34 1090 1056 0000 0001 0832 9227 |
| <input type="checkbox"/> Karta Płatnicza / Card | <input type="checkbox"/> Przelew na konto w złotych/ Bank transfer in PLN to Account | Nr37 1090 1056 0000 0001 0832 8397 |

UPOWAŻNIENIE DO OBCIĄŻENIA KARTY PŁATNICZEJ / PLEASE DEBIT MY CARD:

- VISA VISA Electron MasterCard Diners Club JCB American Express POLCARD

Zapłać w kwocie/ amount _____ PLN / EUR

Imię i nazwisko właściciela/ Name of the Cardholder

Numer karty / Card number Ważna do / valid

Adres / Address

Kod pocztowy i miasto/ Postal code and city Kraj / Country

PODPIS POSIADACZA KARTY / CARDHOLDER'S SIGNATURE