Anmälan till kursresa med GQL till Rhodos 17-24/5 2020

Klinikens namn:

Klinikens adress:

Ev ptj-nummer:

Klinikens telefonnummer:

Mejladress för information och biljetter:

Önskad avreseort: ___Göteborg ___Arlanda ___Sturup

Inkvartering (skriv i antal personer vid vald rumstyp):

_____Enkelrum
_____Del i enrumslägenhet
_____Del i enrumslägenhet, Royal Pool Suite
_____Del i tvårumslägenhet

_____Kurs Tandläkare
_____Kurs Team

Anmälda personer (tilltalsnamn samt efternamn som det stavas i passen) samt ett mobiltelefonnumer per rum för information:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Övriga upplysningar som t.ex. specialkost eller andra önskemål:

_____

_____

OBS! Anmälningarna är bindande!

GQL AB, Box 21078, 200 21 Malmö, tel. 040-914850, Stefan 0706-863284, mejl: kurs2020@gql.se