

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa  
nr rachunku 45 1020 1013 0000 0102 0346 3007

W celu zamówienia prenumeraty prosimy o przesłanie wypełnionego formularza zamówienia na adres email: [prenumerata@nipip.pl](mailto:prenumerata@nipip.pl) nr faksu 22-327-61-60 lub na adres biura NIPiP.

Rodzaj prenumeraty	Cena brutto	Liczba prenumerat
Dwuletnia (20 numerów)	169,00 zł	
Roczna (10 numerów)	96,00 zł	
Roczna – studencka (10 numerów)	84,00 zł	
Półroczna (5 numerów)	56,00 zł	

Cena zawiera koszt przesyłki dla wszystkich numerów objętych prenumeratą.

Zamawiam  
prenumeratę  
od numeru

2017 r.  2018 r.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> styczniowo-lutowego | <input type="checkbox"/> lipcowo-sierpniowego |
| <input type="checkbox"/> marcowego           | <input type="checkbox"/> wrześniowego         |
| <input type="checkbox"/> kwietniowego        | <input type="checkbox"/> październikowego     |
| <input type="checkbox"/> majowego            | <input type="checkbox"/> listopadowego        |
| <input type="checkbox"/> czerwcowego         | <input type="checkbox"/> grudniowego          |

### Zamawiający oraz dane do faktury:

Nazwa firmy			
Nazwisko i Imię:			
Miejscowość:			
Ulica, nr domu, nr lokalu:			
Kod pocztowy:	NIP instytucji		
Email zamawiającego:	Telefon:		
Zawód	Pielęgniarka <input type="checkbox"/>	Położna <input type="checkbox"/>	Inny <input type="checkbox"/>

### Dane do wysyłki (jeżeli inne niż ww. dane):

Nazwa firmy / Nazwisko i Imię:			
Ulica, nr domu, nr lokalu:			
Kod pocztowy:	Miejscowość:		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182) w celu realizacji Prenumeraty Magazynu Pielęgniarki i Położnej

.....  
PODPIS