

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

na kurs medyczny
„ZASADY BEZPIECZNEGO STOSOWANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW”
w dniu 2015r.
w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
ul. Saska 63/75 w Warszawie

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko | |
| Tytuł naukowy | |
| Nr prawa wykonywania zawodu lekarza | |
| Specjalizacja | |
| Wykonywana specjalność | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |
| Miejsce pracy | |

.....

Data

.....

Podpis

Proszę wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, wypełniony formularz można przesłać:

1. poprzez stronę internetową www.warszawa.oil.org.pl,
2. zeskanowany na adres e-mail: d.neryng@oilwaw.org.pl lub a.mika@oilwaw.org.pl ,
3. faksem na numer 22/313 19 65.

o wpisie na listę uczestników zostanie Pani/Pan powiadomiony pocztą mailową.