Formularz zgłoszenia udziału w konferencji: II Międzynarodowa Konferencja Naukowa   
dla Studentów studiów medycznych  
(Medycyna, Pielęgniarstwo, Fizjoterapia, Zdrowie Publiczne)

*„Problemy opieki nad chorym przewlekle”*

18 maja 2012r., Wrocław, Polska

UWAGA !!! PROSIMY WYPEŁNIAĆ PISMEM DRUKOWANYM !!!

**Dane osobowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | | | |
| tytuł naukowy | | stanowisko | |
| Ulica, nr domu, mieszkania |  | | |
| Kod i miejscowość |  | | |
| Tel./e-mail |  | |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymywania przeze mnie informacji dot. branży Medycznej.

………………………………………..

data, czytelny podpis

**Dane do faktury**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji | |
| Ulica, nr domu, mieszkania |  |
| Kod i miejscowość |  |
| NIP |  |

prosimy przesłać wybierając jedną z trzech opcji:

• pocztą na adres: **ECKP, ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław**

• faxem: **71 750 30 67**

• e-mailem: [medycyna.pielegniarstwo@gmail.com](mailto:medycyna.pielegniarstwo@gmail.com)