**Formularz zgłoszeniowy na szkolenie naukowe**

***Laboratoryjna Diagnostyka Hematologiczna***

***VI Edycja***

**Termin szkolenia:** 25 Kwietnia 2017 r. godz. 10:00

**Miejsce szkolenia:** Centrum Kongresowo Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

ul. Przybyszewskiego 37a; 60-356 Poznań; Sala Konferencyjna A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | | | | |
| **Nr prawa wykonywania zawodu** |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Telefon** | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | | |
| **Dane Zakładu Pracy** | |  | | | | | | | |
| **Dane do noty księgowej** | |  | | | | | | | |

…….………………………….. ………………………………

Data Podpis

Wypełniony formularz należy przesłać na adres e-mail: [szkolenie@kidl.org.pl](mailto:szkolenie@kidl.org.pl)   
KIDL nie wystawia faktur VAT. W celu uzyskania noty księgowej prosimy o przesłanie danych na adres: a.luba@kidl.org.pl