**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
KIDL nie wystawia faktur VAT. W celu uzyskania noty księgowej prosimy o przesłanie danych na adres: a.luba@kidl.org.pl