

Zgłoszenie na kurs **6/2023**

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **Etiologia, obraz kliniczny i diagnostyka zakażeń przewodu pokarmowego i zatruc pokarmowych.**

NR KURSU: **6/ 2023 (6/MM/2023)**

Miejsce: **zajęcia stacjonarne;**
Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii
ul. Borowska 211 A, 50-556 Wrocław

Termin: **06-09.02.2023**

Kierownik naukowy: dr hab. n. med. Beata Mączyńska

-
1. Nazwisko i imię
 2. Data i miejsce urodzenia
 3. PESEL
 4. Miejsce zamieszkania (kod)
 -
 5. Miejsce pracy (kod)
.....
.....
 6. Data otwarcia specjalizacji
 7. Tel. kontaktowy:.....
 8. Adres e-mail:
 9. Numer PWZ:.....

Proszę o wystawienie faktury za kurs: (wypełnić w przypadku wystawienia f-ry)

Nazwa:

Adres:

.....

NIP:

Data **Podpis**

* proszę o podanie adresu korespondencyjnego, gdzie wysłać FV