

Zgłoszenie na kurs **02/2025**

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **Diagnostyka niedokrwistości i hematologicznych zespołów
rozrostowych. Cz. 1**

NR KURSU: **2/2025 (2/LDM/2025)**

Miejsce: **stacjonarny**

Termin: **21-22.05.2025 r.**

Kierownik naukowy: **dr n.med. Magdalena Olszewska-Szopa**

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

Proszę o wystawienie faktury PROFORMA/faktury za kurs: (proszę o zaznaczenie faktury Proforma w przypadku potrzeby jej wystawienia)

Nazwa:

Adres:

.....

NIP:

Adres mailowy, na który należy przesłać fakturę.....

Data

Podpis