

Zgłoszenie na kurs **04/2025**

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **Diagnostyka niedokrwistości i hematologicznych zespołów rozrostowych. Cz. 2**

NR KURSU: **4/2025 (4/LDM/2025)**

Miejsce: **stacjonarny**

Termin: **03-05.09.2025r.**

Kierownik naukowy: **dr n.med. Iwona Urbanowicz**

-
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