**KONTRAKTOWANIE 2017**

##### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwa placówki |  |
| Adres |  |
| Mail  |  |
| Telefon |  |
| Jestem Członkiem Związku |  |
| Nie jestem Członkiem Związku i zobowiązuję się do zapłaty za szkolenie w wysokości 250 zł  |  |

Wypełnione zgłoszenie należy nadesłać na maila: i.radojewska@pracodawcyzdrowia.pl

Zgłoszenia przyjmujemy do dnia 06 lutego 2017r.