##### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika/ specjalizacja** |  |
| **Nazwa i adres placówki** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

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