

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA WARSZTATACH EMG I ENG DLA LEKARZY

Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Lekarz specjalności	Nr prawa wykonywania zawodu	
Czy wykonuje Pan/Pani badania EMG? ☐ TAK ☐ NIE	Ile badań Pan/Pani wykonał(a)?	
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EMG?*	Jeśli tak, w jakim ośrodku?	
☐ TAK ☐ NIE		
Materiały szkoleniowe w wersji: ☐ on-line ☐ wydruk		
Dieta: ☐ standardowa ☐ inna		
Imię i nazwisko zgłaszającego:	Data zgłoszenia:	Podpis:
Dane do faktury:		
Nazwa:		
Adres:		
Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole