

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH EMG/ENG DLA TECHNIKÓW

Data szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Zawód:		
.....		
Czy wykonuje Pan/Pani badania EMG?	Ile badań Pan/Pani wykonał(a)?	
☐ TAK ☐ NIE		
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		
☐ standard ☐ inna		
Imię i nazwisko zgłaszającego:	Data zgłoszenia:	Podpis:
.....		
Dane do faktury:		
Nazwa:		
.....		
Adres:		
Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole