

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH TMS

Data szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Zawód: ☐ neurolog ☐ psychiatra ☐ inny		
Nr prawa wykonywania zawodu:		
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