

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

EEG - NOWORODKI

Termin szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Adres zamieszkania:		
Telefon:	E-mail:	
Miejsce pracy:		
Zawód:*		
☐ neonatolog		
☐ pediatra		
☐ neurolog dziecięcy		
Inny:		
Dieta:		
☐ standard	☐ wegetariańska	☐ inna
Imię i nazwisko zgłaszającego:	Data zgłoszenia:	Podpis:
.....		
Dane do faktury:		
Nazwa:		
Adres:		
Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole