

Załącznik nr 7.1 Formularz zgłoszeniowy na szkolenie dla lekarzy dentystów

1. Uwaga! Na jednym formularzu można wypełnić zgłoszenie tylko na jeden rodzaj szkolenia.
2. **Wypełniony formularz należy wysłać na adres:** agnieszka.dyzmann-sroka@wco.pl.
3. **W temacie wiadomości** koniecznie należy podać informacje nt.: nazwy i daty kursu oraz swoje imię i nazwisko zgodnie ze wzorem:

„Zgłoszenie na staż podyplomowy dla lekarza dentysty z zakresu leczenia bólu –15.05.2025 – Jan Kowalski”

Typ szkolenia na które zgłasza się lekarz (proszę zaznaczyć „X”):

Profilaktyka onkologiczna – Lekarz dentysta

Leczenie bólu – Lekarz dentysta

Preferowany termin szkolenia (proszę wybrać z ogłoszenia):

Imię i nazwisko (drukowanymi literami!):

Numer prawa wykonywania zawodu (drukowanymi literami!):

Adres e-mail: **Telefon:**

Z-d w którym odbywa się staż (zgodnie z załącznikiem nr 8!):

.....

.....

.....

Data

Podpis