

Załącznik nr 7. Formularz zgłoszeniowy na szkolenie.

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

Profilaktyka onkologiczna – Lekarz dentysta

Profilaktyka onkologiczna – Lekarz

Leczenie bólu – Lekarz dentysta

Leczenie bólu – Lekarz

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