

**SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **LABORATORYJNA DIAGNOSTYKA NARZĄDOWA W ŚWIETLE  
ROZWOJU WIEDZY MEDYCZNEJ I TECHNIK BADAWCZYCH. BLOK VI  
PODSUMOWUJĄCY**

NR KURSU: 5 / 2020 ( 1/ Di / 2020)

Miejsce: **Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
Wydz. Farmaceutyczny OAM  
Katedra Analityki Medycznej  
Ul. Borowska 211A, 50-556 Wrocław**

Termin: **29-31.01.2020 r.**

Kierownik naukowy: **dr hab. Iwona Bil-Lula**

- 
1. Nazwisko i imię .....
  2. Data i miejsce urodzenia .....
  3. PESEL .....
  4. Miejsce zamieszkania (kod) .....  
.....
  5. Miejsce pracy (kod) .....  
.....
  6. Data otwarcia specjalizacji .....
  7. Tel. kontaktowy:.....
  8. adres e-mail: .....

**Proszę o wystawienie faktury za kurs:** (wypełnić w przypadku wystawienia f-ry)

Nazwa: .....

Adres: .....  
.....

NIP: .....

**Data** ..... **Podpis** .....

\* proszę o podanie adresu korespondencyjnego, gdzie wysłać FV