

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

Nazwa kursu: **Prawo medyczne**

NR KURSU: 14 / 2021 ( 5/ Di/ 2021)

Miejsce: kurs zdalny

Termin: 24-25.06.2021 r.

Kierownik naukowy: **dr Agnieszka Sapa-Wojciechowska**

- 
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