

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **Diagnostyka niedokrwistości i hematologicznych zespołów
rozrostowych. Cz. II**

NR KURSU: **16/2021 (7/Di/2021)**

Miejsce: **Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Szpiku
Transplantacji
ul. Wyb. Ludwika Pasteura 4, 50-367 Wrocław**

Termin: **20-21.05.2021**

Kierownik naukowy: **Prof. dr hab. Lidia Usnarska-Zubkiewicz**

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