

---

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS – termin 1

Termin: 6–9 czerwca 2011 r.

Tytuł kursu: „Etiologia, obraz kliniczny i diagnostyka zakażeń układu oddechowego i nerwowego wywołanych przez bakterie, wirusy, grzyby i pierwotniaki”

PROSZĘ WYPEŁNIĆ NA KOMPUTERZE

Wypełniony formularz należy przesłać na adres: [koroun@cls.edu.pl](mailto:koroun@cls.edu.pl) lub na nr faxu: 22 841 00 65 do 15.04.2011.

(w formularzu wysłanym pocztą e-mail nie wymaga się pieczętki i podpisu)

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Miejscowość i kod pocztowy:

Ulica i nr domu (mieszkania):

Nazwa i adres miejsca pracy:

Województwo:

Miejscowość i kod pocztowy:

Ulica i nr domu:

Ukończona uczelnia wyższa:

Wydział, rok ukończenia:

Nazwa rozpoczętej specjalizacji:

data rozpoczęcia specjalizacji:

planowana data zakończenia specjalizacji:

planowany termin przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego (rok):

Nazwa i adres jednostki prowadzącej specjalizację:

Data:

(podpis i pieczętka)