|  |
| --- |
| **OPIEKA WSPIERAJĄCA W MEDYCYNIE****Ogólnopolska Konferencja Interdyscyplinarna****BYDGOSZCZ 2016** |
| **CHORY NA NOWOTWÓR** |



|  |
| --- |
|  |

**Zgłoszenie**

Nazwisko i imię: .......................................................................................................................

Tytuł i stopień naukowy:...........................................................................................................

Email:.........................................................................................................................................

Telefon kontaktowy:..................................................................................................................

Instytucja delegująca - nazwa i adres/telefon kontaktowy:.......................................................

**Faktura**

Tak Nie

***Dane do faktury (nazwa i adres jednostki, NIP)***

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Zgłoszenia uczestnictwa w konferencji** prosimy przesyłać **do 15 listopada 2016 r. na adres e-mail** konferencja.bydgoszcz@wp.pl **tel. 696 42 56 58**

**O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszenia potwierdzona opłatą rezerwacyjną. Obecność uczestnictwa zostanie potwierdzona drogą e-mailową.**