**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

**Z SYMULACJI MEDYCZNEJ**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

WYDZIAŁ

……………………………………………………………………………………………………………………………………

KATEDRA/KLINIKA/ZAKŁAD

……………………………………………………………………………………………………………………………………

KONTAKT (email, telefon)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

termin szkolenia

**UCZESTNICY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | stopień/tytuł | imię i nazwisko | kontakt | |
| email | telefon |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Wypełniony formularz należy przesłać drogą elektroniczną pod adres: biuro.cdism@sum.edu.pl**