

Formularz rejestracyjny
XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji PTM
WYZWANIA WSPÓŁCZESNEGO PIEŁĘGNIARSTWA KARDIOLOGICZNEGO

Imię i nazwisko
tytuł naukowy / stanowisko
Ulica, nr domu, mieszkania
Kod i miejscowość
Tel./e-mail
NIP lub PESEL:
<p>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymywania przeze mnie informacji dot. branży Medycznej.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 40px;">.....</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Czytelny podpis</p>

Dane do faktury
Nazwa instytucji
Ulica, nr domu, mieszkania
Kod i miejscowość
NIP