**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Szkolenie pt.: **„Oznakowanie przeszczepów tkanek i komórek, systemy kodowania przeszczepów,jednolity kod europejski”**

dla osób odpowiedzialnych i personelu banków tkanek i komórek

**w dniach:**16-17listopada 2017 r.

**miejsce szkolenia:** Centrum Szkoleniowo-Konferencyjne Falenty, Al. Hrabska 4b, 05-090 Raszyn-Falenty

<http://www.falenty.com.pl>

**formularz proszę odesłać e-mailem na adres:** [rekrutacja\_kcbtik1617@wp.pl](mailto:rekrutacja_kcbtik1617@wp.pl)

**do dnia:13.11.2017**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Nr dyplomu |  |
| Data wydaniadyplomu |  |
| Nazwajednostki |  |
| Adresjednostki |  |
| Pełnionestanowisko |  |
| Telefonkontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

Wszelkie zapytania dotyczące organizacji szkolenia proszę kierować do:

MIAMI DESIGN Marcin Koźbiał, ul. Kwiatowa 12/14/16 lok. 40, 02 – 579 Warszawa, tel. 533-666-627

**Rezerwacja noclegu:** 16/17 listopada 2017 r.**:**  TAK NIE

**Nocleg preferowany w jednym pokoju z:** ………………………………………….. …………………………..…………………… imię nazwisko

**Wyżywienie wegetariańskie:**  TAK NIE

*Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Organizator zapewnia nocleg i wyżywienie oraz materiały szkoleniowe.*

*Organizator nie pokrywa kosztów dojazdu do miejsca szkolenia.*

…………………………………..…………..……. …………………………….………….……………

Miejscowość i data Podpis

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. *Dz. U. z 2014r., poz. 1182z późn. zm.)* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym formularzu do celów uczestnictwa w szkoleniu.