**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Szkolenie pt.:  **„Organizacja współpracy i leczenie z zastosowaniem**

**hematopoetycznych komórek macierzystych”**

dla personelu ośrodków pobierających komórki krwiotwórcze, banków komórek krwiotwórczych, ośrodków stosujących komórki krwiotwórcze, ośrodków testujących i ośrodków dawców szpiku

**w dniach:** 04-06 grudnia 2017 r.

**miejsce szkolenia:** hotel 500 Zegrze, ul. Warszawska 31A, 05-130 Zegrze k/Warszawy <http://www.hotel500.com.pl>

**formularz proszę odesłać e-mailem na adres:** rekrutacja-hotel500@wp.pl

**do dnia:27.11.2017**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Nr dyplomu |  |
| Data wydania dyplomu |  |
| Nazwa jednostki |  |
| Adres jednostki |  |
| Pełnione stanowisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| 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,

**Pan Paweł Mitura tel. 505-228-049**

**Rezerwacja noclegu:** 4/5 grudnia2017 r.**:**  TAK NIE

 5/6 grudnia 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.