

Pieczętka Zlecającego

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIACH I WARSZTATACH

Wypełniony formularz prosimy wysłać na adres OIM abcMED

Imię i nazwisko	OŚRODEK INFORMACJI MEDYCZNEJ abcMED® 30-133 Kraków, ul. J. Lea 114 telefon: 12 6368954 fax: 12 6367844 e-mail: biuro@abcmed.pl www.abcmed.pl
Nazwa.....	
Adres:	
Kod:.....Miasto:.....	
Telefon: Fax:	
e-mail:.....	

TERMINY WARSZTATÓW

Uwaga: program i terminy warsztatów mogą ulec zmianie

Temat warsztatów	Czerwiec 2017	Wrzesień 2017	Październik 2017	Listopad 2017	Grudzień 2017
Spirometria w praktyce stopień I	22	21	19	16	7
Spirometria w praktyce stopień II	23	22	20	17	8
Optymalizacja leczenia inhalacyjnego			18		6

ZGŁASZAM UDZIAŁ W WARSZTATACH

Temat warsztatów	Miasto	Ilość osób	Cena	Razem
Spirometria w praktyce [stopień I]	Kraków		300 zł	
Spirometria w praktyce [stopień II]	Kraków		300 zł	
Optymalizacja leczenia inhalacyjnego	Kraków		440 zł	

LISTA UCZESTNIKÓW

Lp.	Imię Nazwisko	Proszę wpisać termin	Tytuł	Stanowisko
1.				
2.				
3.				
4.				

LEKARZ NADZORUJĄCY BADANIA SPIROMETRYCZNE I/LUB INHALACJE*

Imię Nazwisko	Tytuł	Stanowisko:
		Telefon:

PŁATNOŚCI

*prosimy o podanie w celu uzgodnienia warunków szkolenia

Płatność przelewem po otrzymaniu faktury na konto abcMED® w Banku PeKaO S.A. Nr: 83 1240 1431 1111 0000 1068 3949										
Płatnik*										
NIP										
Pieczętka, data i podpis Płatnika*										

*proszę wpisać informacje dotyczące Płatnika, jeżeli koszt szkolenia ponosi sponsor

INFORMACJA DOTYCZĄCA POSIADANEGO SPIROMETRU / PNEUMODOZYMETRU PRODUKCJI abcMED®

Nazwa urządzenia	Rok produkcji	Termin ważności przeгляdu	Windows*		
			XP	Win,7	Win.8
Pieczętka i podpis Zlecającego					