|  |  |
| --- | --- |
| OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA:  PODMIOT LECZNICZY. LEKARZ. PACJENT.  Szczecin, 21 czerwca 2017 r. | |
| **Imię i Nazwisko:** |  |
| **Tytuł i stopień naukowy:** |  |
| **Miejsce pracy/reprezentowana instytucja** |  |
| **Numer telefonu komórkowego:** |  |
| **E-mail:** |  |

**Zgłoszenia prosimy nadsyłać na adres e-mail:**

[**konfmedyczna2017@gmail.com**](mailto:konfmedyczna2017@gmail.com)

**UWAGA! Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, decydować będzie kolejność zgłoszeń!**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rejestracji uczestnictwa biernego w konferencji „Podmiot leczniczy. Lekarz. Pacjent” zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm. )