



## Formularz zgłoszeniowy

### Spotkanie informacyjno-szkoleniowe diagnostów laboratoryjnych z województwa kujawsko-pomorskiego w Bydgoszczy

**17 listopada 2018 rok godz.09:00**

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko                                       |  |
| Nr Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego |  |
| Adres e-mail                                          |  |
| Telefon                                               |  |
| Dane zakładu pracy                                    |  |

Potwierdzam udział w szkoleniu, które będzie realizowane dnia 17.11.2018 r.

Miejsce: **restauracja Telimena, ul. Fordońska 15, Bydgoszcz.**

Data

Podpis

Formularz prosimy kierować na adres email: [biuro@kidl.org.pl](mailto:biuro@kidl.org.pl) lub faxem nr 22 741 21 56

**do dnia 09.11.2018 r. (piątek).**