

Pieczętka Zlecającego

## ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIACH I WARSZTATACH

Wypełniony formularz prosimy wysłać na adres OIM abcMED

Imię i nazwisko .....

Nazwa.....

Adres: .....

Kod:.....Miasto:.....

Telefon: ..... Fax: .....

e-mail:.....

**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**

### TERMINY WARSZTATÓW

Uwaga: program i terminy warsztatów mogą ulec zmianie

Temat warsztatów	Styczeń 2015	Marzec 2015	Kwiecień 2015	Maj 2015
Spirometria w praktyce	29	5	16	21
Aerologia w praktyce		6		
Optymalizacja leczenia inhalacyjnego			17	

### ZGŁASZAM UDZIAŁ W WARSZTATACH

Temat warsztatów	Miasto	Ilość osób	Cena	Razem
Spirometria w praktyce	Kraków		250 zł	zł
Aerologia w praktyce	Kraków		250 zł	zł
Optymalizacja leczenia inhalacyjnego	Kraków		340 zł	zł

### LISTA UCZESTNIKÓW

Lp.	Imię Nazwisko	Proszę wisać termin	Tytuł	Stanowisko
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

### LEKARZ NADZORUJĄCY BADANIA SPIROMETRYCZNE I/LUB INHALACJE\*

Imię Nazwisko	Tytuł	Stanowisko:
		Telefon:
		e-mail:

### PLATNOŚCI

\*prosimy o podanie w celu uzgodnienia warunków szkolenia

Płatność przelewem  
na konto abcMED® w Banku PeKaO S.A.  
Nr: 83 1240 1431 1111 0000 1068 3949

Płatnik\*

**NIP**

Pieczętka, data i podpis Płatnika\*

\*proszę wisać informacje dotyczące Płatnika, jeżeli koszt szkolenia ponosi sponsor

### INFORMACJA DOTYCZĄCA POSIADANEGO SPIROMETRU / PNEUMODOZYMETRU PRODUKCJI abcMED®

Nazwa urządzenia	Rok produkcji	Termin ważności przeгляdu	Windows*		
			XP	VISTA	Win.7

Pieczętka i podpis Zlecającego