|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA KONFERENCJI**  **„CAPD bez tajemnic. Diagnoza i terapia zaburzeń centralnego przetwarzania słuchowego u dzieci i młodzieży"**  **Rzeszów, 20.10.2017 r.** | | |
| Imię i nazwisko uczestnika\* |  |
| Adres d korespondencji |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Miejsce pracy |  |
| Zawód |  |
| Doświadczenia zawodowe związane z tematyką Konferencji |  |
|  |  |

**DANE DO FAKTURY – WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY KONIECZNE JEST JEJ WYSTAWIENIE**

**Uczestnik, który chciałby otrzymać fakturę z danymi pracodawcy, powinien dopilnować, aby wpłaty dokonano z konta delegującej instytucji.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji lub imię i nazwisko\* |  |
| Adres Instytucji lub adres prywatny\* |  |
| NIP\* |  |

\*Pola obowiązkowe, prosimy wypełniać drukowanymi literami

……………………………………………………………………………………

**Miejscowość, data**