

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Wykaz osób zgłoszonych przez

.....

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

na kurs szkoleniowy „**Rejestracja nowotworów złośliwych**”.

Lp.*	Nazwisko i imię	Lekarz (tak/nie)	Komórka organizacyjna	Numer telefonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

* - nie ograniczamy liczby uczestników z jednego podmiotu.

* - prosimy o bardzo czytelne wypełnianie formularza