

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Imię, nazwisko* |  | |
| *Adres* |  | |
| *telefon* |  | |
| *email* |  | |
| *Miejsce zatrudnienia* |  | |
| *Płatnik (dot. warsztatów kadawerowych)* |  | |
| *Członkostwo w Towarzystwach naukowych (PTOiTr, PTBiŁ, PTArtro)* |  | |
| *Uczestnictwo w:*  *(prosimy o zaznaczenie)* | Warsztaty: | Kurs kadawerowy: |

Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres: [**ortopedia@ortopedia.opole.pl**](mailto:ortopedia@ortopedia.opole.pl)