

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Studium Kształcenia Podyplomowego

Wydziału Farmaceutycznego

60-529 Poznań, ul. Dąbrowskiego 79

tel. (061) 854-69-36, fax. (061) 854-69-37

e-mail: kursfarm@ump.edu.pl

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W KURSIE PODYPLOMOWYM

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Data i temat kursu:

Rozpoczęta specjalizacja : apteczna*, kliniczna*, szpitalna*, kształcenie ciągłe*..... (podstawowa / uzupełniająca*)
* Niepotrzebne skreślić

Adres e-mail:.....

Mgr / dr* Nazwisko imię

Data urodzenia : miejsce ur.

Adres korespondencji : kod miasto

ulica nr

telefon nr

Miejsce pracy:

kod miasto

ulica nr

telefon nr

Proszę o wystawienie faktury za kurs na (dokładna nazwa i adres apteki/firmy)

.....

.....

nr NIP:

Uwaga: uprzejmie proszę o wypełnienie zgłoszenia drukowanymi literami!

Podpis: