

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

Nazwa kursu.....
Ilość osób.....
Nazwa instytucji.....
Adres.....
Telefon / Fax.....
e-mail.....
Osoba do kontaktu.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis zgłaszającego

INFORMACJA:

- dla grup zorganizowanych (20 - 25 os.) prowadzimy szkolenia w siedzibie Zamawiającego
- pojedyncze osoby zapraszamy do naszego Ośrodka Szkoleniowego we Wrocławiu
- dojazd do miejsca szkolenia na własny koszt
- zapewniamy materiały dydaktyczne

Wypełniony formularz zgłoszenia prosimy przesłać listownie lub faksem na adres:

GB Management Dział Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych
(Budynek Kolegium Nauczycielskiego)

ul. Trzebnicka 42, 50-230 Wrocław,

tel./fax: 071 78 36 911

e-mail: gbm@onet.pl; www.ddskm.pl

NIP 898-10-74-768

Konto: BPS S.A. I Oddział Wrocław

61 1930 1073 2009 0903 3314 0001