

Pieczętka Zlecającego

## ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIACH I WARSZTATACH

Wypełniony formularz prosimy wysłać na adres OIM abcMED

Imię i nazwisko .....	<b>OŚRODEK INFORMACJI MEDYCZNEJ abcMED®</b>  <b>30-133 Kraków, ul. J. Lea 114</b>  <b>telefon: 12 6368954 fax: 12 6367844</b>  <b>e-mail: biuro@abcmed.pl www.abcmed.pl</b>
Nazwa.....	
Adres: .....	
Kod:.....Miasto:.....	
Telefon: ..... Fax: .....	
e-mail:.....	

### TERMINY WARSZTATÓW

Uwaga: program i terminy warsztatów mogą ulec zmianie

Temat	Grudzień 2016	Styczeń 2017	Marzec 2017	Kwiecień 2017	Maj 2017	Czerwiec 2017
Spirometria w praktyce stopień I	1	19	9	27	25	22
Spirometria w praktyce stopień II	2	20	10	28	26	23
Optimalizacja leczenia inhalacyjnego		18			24	

### ZGŁASZAM UDZIAŁ W WARSZTATACH

Temat warsztatów	Miasto	Ilość osób	Cena	Razem
Spirometria w praktyce [stopień I]	Kraków		300 zł	
Spirometria w praktyce [stopień II]	Kraków		300 zł	
Optimalizacja leczenia inhalacyjnego	Kraków		440 zł	

### LISTA UCZESTNIKÓW

Lp.	Imię Nazwisko	Proszę wpisać termin	Tytuł	Stanowisko
1.				
2.				
3.				
4.				

### LEKARZ NADZORUJĄCY BADANIA SPIROMETRYCZNE I/LUB INHALACJE\*

Imię Nazwisko	Tytuł	Stanowisko:
		Telefon:

### PŁATNOŚCI

\*prosimy o podanie w celu uzgodnienia warunków szkolenia

Płatność przelewem po otrzymaniu faktury na konto abcMED® w Banku PeKaO S.A.  
Nr: 83 1240 1431 1111 0000 1068 3949

Płatnik*	
<b>NIP</b>	
	Pieczętka, data i podpis Płatnika*

\*proszę wpisać informacje dotyczące Płatnika, jeżeli koszt szkolenia ponosi sponsor

### INFORMACJA DOTYCZĄCA POSIADANEGO SPIROMETRU / PNEUMODOZYMETRU PRODUKCJI abcMED®

Nazwa urządzenia	Rok produkcji	Termin ważności przeгляdu	Windows*		
			XP	Win,7	Win.8

Pieczętka i podpis Zlecającego