

KARTA UCZESTNIKA

KONFERENCJI X SZKOŁY PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA DLA LEKARZY RODZINNYCH

Zapobieganie incydentom w zakresie bezpieczeństwa pacjenta

21-22 października 2011 r., Łódź

1. Imię i nazwisko:

Tytuł /stopień naukowy:

2. Miejsce pracy (adres):

..... funkcja:

3. Specjalizacja:

4. Oddział Wojewódzki KLRWP:

5. Adres do korespondencji:

.....

6. E-mail:

7. Telefon kontaktowy:

8. Potwierdzenie udziału na **kolacji 21 października br. (piątek)** (zaznacz odpowiednie)

Tak

Nie

9. Nocleg **21/22.X.2011 r. w pokoju 2 osobowym na koszt organizatora** (zaznacz odpowiednie)

Tak

Nie

10. Nocleg **22/23.X.2011 r. na koszt uczestnika** (zaznacz odpowiednie)

Tak

Nie

data i podpis Uczestnika

Adres do korespondencji:

Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego PUM

ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin, tel/faks: (91) 48 00 871, e-mail: roklr@sci.pam.szczecin.pl