

**SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nazwa kursu: **Organizacja laboratorium, wprowadzanie i utrzymywanie systemu jakości.**

**NR KURSU: 10 / 2024 ( 10 / LDM / 2024)**

**Miejsce: zajęcia online**

**Termin: 08-10. 04. 2024 r.**

**Kierownik naukowy: dr hab. Iwona Bil-Lula, prof. uczelni**

- 
1. Nazwisko i imię .....
  2. Data i miejsce urodzenia .....
  3. PESEL .....
  4. Miejsce zamieszkania.....  
.....
  5. Miejsce pracy  
.....
  6. Data otwarcia specjalizacji .....
  7. Tel. kontaktowy:.....
  8. Adres e-mail: .....
  9. Numer PWZDL.....

**Proszę o wystawienie faktury PROFORMA/faktury za kurs:** (proszę o zaznaczenie faktury Proforma w przypadku potrzeby jej wystawienia)

Nazwa: .....

Adres: .....

.....

NIP: .....

Adres mailowy, na który należy przesłać fakturę.....

**Data** .....

**Podpis** .....