

## DEKLARACJA

Oddział.....  
Szpital/Instytut.....  
Ulica: .....

Kod:.....  
Tel: .....

Fax: .....

e-mail:.....

### Deklarujemy chęć szkolenia członków zespołów łącznikowych:

Pielęgniarek\*

Lekarzy\*

\* w zgłoszeniu należy podać planowaną ilość osób objętych szkoleniem

Miejscowość, data.....

Podpis/ pieczęć: .....

**Prosimy o przesłanie faxem na nr 22 331 15 64 do 31.03.2011 r.**