

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**NA KURS PODSTAWOWY DLA LEKARZY Z ZAKRESU**  
**MEDYCYNY PALIATYWNEJ**

**Moduł I – 16-17.03.2024 r.**

**Moduł II – 06-07.04.2024 r.**

<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	
<b>Dane do wystawienia faktury (nazwa, NIP, adres)</b>	
<b>e-mail, nr telefonu</b>	

Cena kursu – **850 zł**

Zgłoszenie uczestnictwa w kursie należy przesać do dnia 13.03.2024 r.  
na adres e-mail: [szkolenia@ewdomed.pl](mailto:szkolenia@ewdomed.pl)

Opłatę za kurs należy wnieść do dnia 13.03.2024 r.  
na konto: **91 1160 2202 0000 0005 5669 9044** (Bank Millennium)

EWDOMED Sp. z o.o  
05-510 Konstancin Jeziorna ul. Piłsudskiego 3A  
z dopiskiem „**opłata za kurs dla lekarzy**”