

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

NA KURS SPECJALISTYCZNY DLA PIELĘGNIAREK
„PODSTAWY OPIEKI PALIATYWNEJ” – **20.04.2024 r. - 12.05.2024 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| **Dane do wystawienia faktury (nazwa, NIP, adres)** |  |
| **e-mail, nr telefonu** |  |

Cena kursu – **850 zł**

Zgłoszenie uczestnictwa w kursie należy przesłać do dnia 16.04.2024 r. na adres e-mail:**szkolenia@ewdomed.pl**

Opłatę za kurs należy wnieść do dnia 16.04.2024 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 pielęgniarek”**