



**PODSTAWY DAWSTWA NARZĄDÓW – PROGRAM SZKOLENIOWY ETPOD  
W RAMACH PARTNERSTWA DLA TRANSPLANTACJI**

**2018-xx-xx**  
**Szpital**

**Formularz Rejestracyjny**

***DANE PERSONALNE***

Imię: ..... Nazwisko: .....

Wiek: ..... Płeć: .....

***DANE ZAWODOWE***

Szpital/Ośrodek: .....

Stanowisko: ..... Oddział: .....

Tytuł naukowy: ..... Specjalizacja: .....

Adres (miejsca zatrudnienia) do korespondencji: .....

Miasto: ..... Kod: .....

Tel.: ..... Fax.: .....

E-mail: .....