



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

2019-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: