 

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

**XIV Międzynarodową Konferencję Naukowo – Szkoleniową**

„Program służby wobec Człowieka w  medycynie paliatywnej i opiece hospicyjnej. Aspekt medyczny, filozoficzny, etyczny, prawny i kulturowy"

Wrocław, 06.12-08.12.2018r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | DANE UCZESTNIKA KONFERENCJI |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| Stanowisko/  tytuł naukowy |  |
| Miejsce pracy |  |
| Telefon/e-mail |  |

**KOSZT UCZESTNICTWA: 50zł**

Opłata obejmuje:

udział w sesjach plenarnych i warsztatowych,

przerwy kawowe,

materiały konferencyjne,

certyfikat uczestnictwa.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto**:**

**BZ WBK XXXV O/Wrocław 35 1500 1793 1217 9000 9997 0000 z dopiskiem" opieka paliatywna”**

Termin zgłoszenia oraz uiszczenia opłaty za udział w konferencji: **do 02.12.2018.**

Formularz rejestracyjny wraz z dowodem wpłaty należy przesłać na adres mailowy: **konferencja10@gmail.com**