Konferencja „Wybrane patologie wczesnej ciąży"
POZNAŃ -19.05.2018

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam chęć uczestnictwa:

Dane uczestnika	
Imię	
Nazwisko	
Ulica	
Kod	
Miejscowość	
Nr tel.	
Nr fax.	
Dane do faktury	
Odbiorca *(jeżeli taki sam jak powyżej to pozostawić pole puste)*	
NIP odbiorcy	
Adres mailowy do wysyłki faktury	..... ☐ wyrażam zgodę na otrzymanie faktury drogą elektroniczną

Zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rejestracji.

....

data podpis