**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

**Najnowsze rekomendacje**

**w leczeniu nowotworów głowy i szyi**

**2 – 3 czerwca 2022, Zielona Góra**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Tytuł naukowy |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| Email |  |
| Nr telefonu |  |
| Dane do faktury  (jeśli dotyczy) |  |
| Lekarz w trakcie specjalizacji |  |
| Lekarz specjalista |  |

**Udział w Sympozjum:**

Lekarze w trakcie specjalizacji: ~~100 PLN~~  **0 PLN**

Lekarze specjaliści: **100zł**

PŁATNOŚCI:

Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi

Tytułem: Sympozjum Zielona Góra

Nazwa Banku: mBank

Adres Banku: ODDZIAŁ POZNAN, ul. Półwiejska 42, 61-888 Poznań

IBAN: PL [11114011240000270055001007](https://companynet.mbank.pl/mt/process.jsp)

BIC/Swiftcode: BREXPLPWMBK

Data Podpis

**Rejestracja:**

Formularz rejestracyjny prosimy przesyłać na adres:

**e-mail:** [**kinga.lunitz@wco.pl**](mailto:kinga.lunitz@wco.pl)

**fax: 61 88 50 910**