

## ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE

Dane kandydata/ki	
Imię:	
Nazwisko:	
Telefon:	
Adres e-mail:	
Nazwa i adres miejsca pracy:	
Zawód:	

W celu zapisania się na szkolenie, prosimy o przesłanie do **30 lipca 2021 roku** formularza zgłoszeniowego na adres mailowy:

[szkolenie.fasd@dziecieczpital.pl](mailto:szkolenie.fasd@dziecieczpital.pl).

O udziale w szkoleniu decyduje kolejność zgłoszeń. Zakwalifikowane osoby dostaną potwierdzenie drogą mailową.