

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko	
Instytucja	Telefon
	Adres e-mail
Podpis	

Potwierdzam swoje uczestnictwo w *(proszę zaznaczyć „X” w właściwym polu)*:

<input type="checkbox"/>	Seminarium „ Szkody medyczne a najnowsze orzecznictwo. Odpowiedzialność za szkodę medyczną, za błędy personelu medycznego oraz za naruszenie praw pacjenta ” dnia 30.09.2024 r. , w godz. 10.00 – 15.00 Miejsce Seminarium: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, ul. Piłsudskiego 40 w Szczecinie (Sala konferencyjna „Delfin”).
<input type="checkbox"/>	Seminarium „ Badania kliniczne i eksperymenty medyczne – fundusz kompensacyjny, prawa pacjenta, ubezpieczenie OC w badaniu klinicznym ” dnia 01.10.2024 r. , w godz. 10.00 – 15.00 Miejsce Seminarium: siedziba Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego, ul. Adama Mickiewicza 41 w Szczecinie (Sala sesyjna).

Prosimy o wypełnienie zgłoszenia **DRUKOWANYMI LITERAMI** i przesłanie zeskanowanego formularza do dnia **18 września 2024 r.** na adres e-mail: **sek_wz@wzp.pl** lub **posinski@wzp.pl**