**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W**

**II Sympozjum POLSKIEGO TOWARZYSTWA KRIOTERAPII**

**(TERMIN NADSYŁANIA DO 25 KWIETNIA 2016 ROKU)**Zgłoszenie proszę przesłać na adres e-mail: biuro@ptkrio.pl

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Zawód/specjalność: |  |
| Stopień i tytuł naukowy: |  |
| Miejsce pracy: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| E-mail: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Numer faksu: |  |
| Uczestnictwo w warsztatach krioterapii: | □ TAK □ NIE |