**Katedra i Zakład Farmakognozji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**60-781 Poznań, ul. Święcickiego 4
farmakognozja@ump.edu.pl
tel. 61 854-67-01; fax 61 854-67-02

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

**Formularz zgłoszenia udziału**

 **w Konferencji Edukacyjno-Szkoleniowej
„Zioła na cztery pory roku jesień - zima”**

|  |
| --- |
| **Dane personalne** |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Tel. |  |
| e-mail |  |
| **Termin zgłoszeń – 10 września 2018** |

**Katedra i Zakład Farmakognozji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**60-781 Poznań, ul. Święcickiego 4
farmakognozja@ump.edu.pl
tel. 61 854-67-01; fax 61 854-67-02

|  |
| --- |
| **Regulamin uczestnictwa w „Konferencji Edukacyjno-Szkoleniowej”** |
| Zajęcia w ramach **Konferencji Edukacyjno-Szkoleniowej „Zioła na cztery pory roku”** odbywają się w **Katedrze i Zakładzie Farmakognozji** ul. Święcickiego w Poznaniu, w dniu **22 września** **2018 r.,** w godz. 10.00 – 16.00 Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie wypełnionego formularza zgłoszenia i dokonanie wpłaty za udział w konferencji najpóźniej **do 10 września 2018** roku.**Koszt konferencji - 200 zł.****Nr konta: 56 1030 1247 0000 0000 4771 8000** (z dopiskiem Konferencja **„Zioła na cztery pory roku” z dopiskiem jesień - zima****W przypadku odwołania konferencji**, pełna kwota zostanie zwrócona na konto. **Jeżeli uczestnik nie będzie mógł wziąć udziału w szkoleniu:** * w przypadku zgłoszenia rezygnacji 14 dni kalendarzowych przed szkoleniem, wówczas zwrócona będzie pełna kwota wpłaty
* w przypadku nieobecności nieusprawiedliwionej nie będziemy mogli zwrócić dokonanej wpłaty.

Słuchacz Konferencji otrzymuje Certyfikat, potwierdzający uczestnictwo.Za udział w Konferencji Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska przyznaje słuchaczowi **4 pkt.** edukacyjne miękkie. Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu wyłącznie dla potrzeb procesu rejestracji.…………….................................. …………………..…………………………. Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika **Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na adres:** **farmakognozja@ump.edu.pl** |

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––