

Serdecznie zapraszamy do udziału w konferencji

Dane uczestnika		
Imię i nazwisko uczestnika :		
Tytuł naukowy/stanowisko:		
Instytucja		
email:		
Telefon komórkowy:	Przewidywana godzina przyjazdu	
Data przyjazdu	godz.	
Data wyjazdu:	godz.	

Prosimy o precyzyjne wypełnienie tabeli z zaznaczeniem liczby przewidywanych noclegów, uchroni to Organizatorów od niepotrzebnych wydatków.

Uczestnictwo w konferencji

Proszę zarezerwować pokój:	jedno osobowy	<input type="checkbox"/>	dwu osobowy	<input type="checkbox"/>	trzy osobowy	<input type="checkbox"/>			
Pobyt w dniach									
2 lipca	<input type="checkbox"/>	3 lipca	<input type="checkbox"/>	4 lipca	<input type="checkbox"/>	5 lipca	<input type="checkbox"/>	6 lipca	<input type="checkbox"/>
nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>	nocleg	<input type="checkbox"/>
wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>	wyżywienie	<input type="checkbox"/>

(prosimy o zaznaczenie opcji, która Państwa interesuje).

uczestnictwo w panelach	<input type="checkbox"/>	konsylia i konsultacje medyczne dla pacjentów	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--	--------------------------

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i diagnostów laboratoryjnych uczestnikom konferencji przysługiwać będą punkty edukacyjne. W związku z powyższym bardzo prosimy zaznaczyć:

należę do Naczelnej Izby Lekarskiej	<input type="checkbox"/>	należę do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	---	--------------------------

Zarezerwujemy państwu podczas konferencji nocleg i wyżywienie w Ośrodku Szkoleniowym „Allianz” ul. Główna 1, Białobrzegi. Położony nad Zalewem Zegrzyńskim, otoczony lasami i pięknym parkiem, ośrodek stanowi doskonale miejsce dla osób nastawionych na wypoczynek. Na gości czekają pokoje 1, 2, 3 osobowe oraz apartamenty, rozmieszczone na trzech kondygnacjach. Pobyt w hotelu rezerwują organizatorzy.

Osoby zgłaszające się na XIII jubileuszową konferencję chorób rzadkich proszone są o wpłacenie symbolicznej opłaty konferencyjnej w kwocie 150,00 zł od uczestnika na konto Stowarzyszenia MPS: Bank PeKaO S.A. w W-wie nr konta: 62 1240 6175 1111 0000 4568 0739. Jeżeli będą mieli Państwo trudności z opłaceniem powyższej kwoty to prosimy o informację na adres sekretariat@chorobyrazdkie.pl. Powyższa kwota jest „maleńką cegiełką” wspomagająca organizację naszej wspólnej konferencji (pacjenci lekarzom <-> lekarze pacjentom).

W ramach konferencji Stowarzyszenie zapewni uczestnikom:

- ♦ uczestnictwo w obradach;
- ♦ publikacje i materiały konferencyjne;
- ♦ punkty edukacyjne dla lekarzy i diagnostów laboratoryjnych;
- ♦ przerwy kawowe, śniadania, obiady, kolacje, noclegi.



Uczestnicy, którzy będą wykładowcami podczas tegorocznej konferencji proszeni są o jak najszybsze przesłanie ankiety zgłoszeniowej, notki biograficznej, fotografii, streszczenia prelekcji (abstraktu) nie później jednak niż do 15 maja 2015 r. ☎ faksem: 22/757 81 97, ✉ mailem sekretariat@chorobyrazdkie.pl, pocztą ul. Radnych 9A, 05-503 Głosków

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu ☎ +48 601 300 452 ☎ +48/22/ 757 81 97

Pytania w sprawie konferencji można również kierować: ✉ sekretariat@chorobyrazdkie.pl

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29. 08. 1997 r. (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb XIII Międzynarodowej Konferencji pt. „Choroby Rzadkie- razem przekraczamy granice”

.....
Miejscowość i data

.....
podpis