FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| NUMER KONTAKTOWY |  |
| E-MAIL |  |
| NAZWA I ADRES PLACÓWKI |  |
| MIEJSCE SZKOLENIA | Kraków ( dokładne miejsce szkolenia zostanie przekazane po zebraniu grupy na konkretny termin) |
| TERMIN SZKOLENIA | * 12.09.2017 * 13.09.2017 * 14.09.2017 * 16.09.2017 * 19.09.2017 * 20.09.2017 * 21.09.2017 * 23.09.2017 * 3.10.2017 * 4.10.2017 * 5.10.2017 * 10.10.2017 * 11.10.2017 * 12.10.2017 * 14.10.2017 |

WARUNKI UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Szkolenie jest finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. W ramach szkolenia, organizator zapewnia: materiały szkoleniowe, certyfikat ukończenia.

Po wzięciu udziału w szkoleniu, uczestnik zobowiązuje się do: wypełnienia ankiety ewaluacyjnej, wzięcia udziału w teście sprawdzającym wiedzę.

Zgłoszenia wstępne przyjmowane są mailowo i telefonicznie u koordynatora regionalnego. Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres:

[lutak.marta@zdrowojemy.info](mailto:lutak.marta@zdrowojemy.info)

…………………………… ………………………………..

(miejscowość, data) (podpis)