Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w Międzynarodowej Konferencji

**Lekarz na prowincji (9-10 listopada 2017, Hucisko)**

Zgłoszenia udziału w konferencji prosimy przesyłać w terminie do **31 maja 2017** na adres e-mail: **lekarznaprowincji@onet.pl** **Potwierdzenie zakwalifikowania wystąpienia prześlemy do dnia 10 września.** Termin wniesienia opłaty konferencyjnej upływa
**10 października. Organizatorzy przewidują wydanie recenzowanej monografii, w której zamieszczone zostaną artykuły przygotowane przez uczestników konferencji.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
|  |  |
| Tytuł i stopień naukowy lub zawodowy |  |
|  |  |
| Stanowisko |  |
|  |  |
| Instytucja |  |
|  |  |
| **Adres do korespondencji** |
| Instytucja |  |
|  |  |
| Ulica i numer domu/lokalu |  |
|  |  |
| Kod. Miejscowość |  |
|  |  |  |  |
| Telefon (nr kierunkowy) |  |  E-mail |  |
|  |  |
|  |
|  |
| **Ewentualne uwagi i informacje dla organizatorów:** |  |
|

|  |
| --- |
| **Język wystąpienia (polski lub angielski):**  |

 |
| **Tytuł wystąpienia w języku polskim:** ​​ |

|  |
| --- |
| **Tytuł wystąpienia w języku angielskim:**  |

|  |
| --- |
| **Streszczenie wystąpienia w języku polskim (około 200 słów):**  |

|  |
| --- |
| **Streszczenie wystąpienia w języku angielskim (około 200 słów):**  |

**Opłata konferencyjna:**

Opłata w wysokości 350zł obejmuje: udział w dwudniowej konferencji (możliwość uczestniczenia w obradach), zakwaterowanie oraz wyżywienie w dniach obrad, a także materiały konferencyjne.

|  |  |
| --- | --- |
| Opłatę prosimy wpłacać na konto:**Fundacja „Silva Rerum Polonarum”**95 1020 1664 0000 3102 0495 3263 z dopiskiem Konferencja „Lekarz na prowincji”Faktury wyślemy pocztą. Będzie też można odebrać je w dniach konferencji. Faktury mogą być wystawiane wyłącznie na osobę lub instytucję, która dokonuje wpłaty. Jeśli oczekują Państwo faktury wystawionej na instytucję, prosimy zadbać o to, by wpłata została dokonana za jej pośrednictwem.

|  |
| --- |
| **Dane instytucji/ osoby, na którą ma być wystawiona faktura VAT:****(nazwa/ imię i nazwisko, adres, NIP)**Nazwa:Adres:NIP: |

Miejscowość, data Podpis………………………………. …………………………… Wypełnienie powyższego formularza jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie zawartych w nim danych przez organizatorów konferencji – wyłącznie w celach związanych z jej organizacją (rezerwacja noclegów, wystawienie faktury). |