**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Warsztaty „Praca z pacjentkami cudzoziemskimi w Polsce”

5 grudnia 2015

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Zawód:**  **(lekarz/położna/studentka…)** |  |
| **Instytucja:** |  |
| **Dlaczego chcesz wziąć udział w warsztatach?** |  |
| **Czego spodziewasz się po warsztatach?** |  |