**Formularz zgłoszeniowy (1 strona)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Stopień/tytuł naukowy: |  |
| Afiliacja: |  |
| Tytuł wystąpienia: |  |
| Forma wystąpienia (plakat – P, wykład – W, słuchacz - S): |  |
| Forma udziału w konferencji (in personam – P, on-line - O): |  |
| Student (T – tak, N – nie): |  |
| Pracownik UMW (T – tak, N – nie): |  |

**Z powodu obowiązku wystawienia faktury dla każdego Uczestnika przez Uniwersytet Medyczny prosimy o wypełnienie danych adresowych.**

**Dane do faktury:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko/ Nazwa instytucji |  |
| E-mail |  |
| Nr tel. |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  |
| NIP |  |

**Application form (1 page)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Last name: |  |
| Academic degree/title: |  |
| Affiliation: |  |
| Title of the speech: |  |
| Form of presentation (poster – P, lecture – W, listener – S): |  |
| Form of participation in the conference (in personam - P, on-line - O): |  |
| Student (Y – yes, N – no): |  |
| UMW employee (Y – yes, N – no): |  |

**Due to the obligation of the Medical University to issue an invoice for each Participant, please fill in the address details.**

**Billing:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name and surname/ Name of the institution  |  |
| E-mail  |  |
| Telephone number.  |  |
| Street  |  |
| House number  |  |
| Apartment no  |  |
| Zip code  |  |
| City  |  |
| Tax Identification Number |  |