**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

dla studentów **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** w ramach Projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych”

**UDA-POWR.04.03.00-00-0291/16-00**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Kierunek Studiów** |  |
| **Rok Studiów** |  |
| **Oczekiwania po zajęciach** *(opis 15-60 znaków)* |  |

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem[[1]](#footnote-1).

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** | **Czytelny podpis:** |
|  |  |

1. Po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu na zajęcia zostaniecie poproszeni o dostarczenie oryginału formularza [↑](#footnote-ref-1)