



Szpital Mazowiecki w Garwolinie sp. z o.o.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**na Konferencję Naukową – Garwolin 2014**  
**„WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY”**

organizowaną przez  
**Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.**

która odbędzie się 17 września 2014 roku, w godz. 10.30 – 19.00  
w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o.  
Al. Legionów 11, 08-400 Garwolin

Imię, Nazwisko Uczestnika .....

Zawód ..... tytuł naukowy .....

Uczestnictwo z referatem  Uczestnictwo bez referatu

Proponowany tytuł referatu: .....

.....

Nazwa reprezentowanej Instytucji .....

.....

Adres Instytucji .....

Telefon kontaktowy Uczestnika.....

Adres e-mail Uczestnika.....

Uczestnictwo w konferencji jest bezpłatne i obejmuje: udział w wykładach konferencji, obiad, serwis kawowy oraz materiały konferencyjne.

**Zgłoszenie prosimy przysyłać na adres: e-mail: [szpital@smwg.pl](mailto:szpital@smwg.pl) lub fax: (25) 68 43 213, tel. kontaktowy: (25) 68 43 213 lub (25) 684 24 35.**

Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29. 08. 1997 r. (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji i realizacji konferencji nt. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży".

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis Uczestnika*

Dane Organizatora:

**Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.**

Al. Legionów 11, 08-400 Garwolin,

tel/ fax (25) 68 43 213, e-mail: [szpital@smwg.pl](mailto:szpital@smwg.pl), [www.smwg.pl](http://www.smwg.pl)

NIP 826-214-86-01, REGON 142032872,

Rachunek bankowy ALIOR BANK SA, numer rachunku 30249000050000453041073901.