

Příhláška na II. Odborný seminář na téma:

Význam komplexní péče o pacienty s *Epidermolysis bullosa congenita* ve specializovaném EB Centru ČR

Registrační formulář:

Osobní informace

Titul před jménem: _____

Jméno: _____

Příjmení: _____

Titul za jménem: _____

Lékař

Specializace _____

Lékárník

Zdravotní sestra

Farmaceutický asistent

Jiná nelékařská profese

Žena

Muž

Adresa:

(pro případnou písemnou korespondenci)

Ulice a č.p.: _____

Obec: _____

PSČ: _____

Stát: _____

Fakturační adresa:

(Zadejte, prosím, pokud se liší od výše uvedených údajů. Vyplňte v případě, že za Vás bude hradit zaměstnavatel, a to i v případě jednorázové akce.)

Název firmy(případně jméno plátce): _____

Ulice a č.p.: _____

Obec: _____

PSČ: _____

Stát: _____

IČ: _____

DIČ: _____

Kontakty:

Telefon : _____

(např. +420 123 456 789)

Mobilní telefon: _____

(pro zaslání SMS o novinkách či změnách)

E-mail: _____

(pro zaslání potvrzení přihlášky, daňového dokladu a dalších informací)

Další:

Evidenční číslo lékařské či lékárnické komory: _____

Pracoviště: _____

(např. název lékárny, ordinace aj.)

- Souhlasím s obchodními podmínkami TEOCONSULTING.CZ
- Uděluji souhlas k použití mého elektronického kontaktu ve smyslu zákona č. 480/2004 Sb. o některých službách informační společnosti k zasílání materiálů společnosti T.E.O.Consulting s.r.o. souvisejících s využíváním služeb portálu.
- V souladu se zákonem č.101/2000 Sb. v platném znění tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním a uchováním veškerých mých osobních údajů, které poskytují prostřednictvím služby portálu. Tyto údaje poskytují společnosti T.E.O.Consulting s.r.o. výhradně za účelem využívání služeb portálu.

Podpis:

Vyplněnou přihlášku zašlete nejpozději do 5.6. 2013 na korespondenční adresu:

T.E.O. Consulting s.r.o.

Peškova 510
403 31 Ústí nad Labem

nebo naskenovanou na email níže:

E-mail: teo@teoconsulting.cz,
info@teoconsulting.cz

V případě dotazů, kontaktujte T.E.O. Consulting:

Telefon: +420 724 600 717,
+420 774 538 513