

## Karta zgłoszenia

### X COSMODERM JOINT MEETING OF PSAD AND ESCAD 20-22.04.2007

IMIĘ I NAZWISKO .....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU .....

#### ADRES DO KORESPONDENCJI:

ULICA .....

KOD I MIASTO .....

TEL. .... E-MAIL .....

#### DANE NA FAKTURĘ:

NAZWA:.....

.....

ULICA .....

KOD I MIASTO .....

NIP: .....

**DEKLARUJĘ UDZIAŁ W DNIACH** (proszę wstawić krzyżyk przy wybranym dniu):

<b>PAKIET 20-22.04.2007 PIĄTEK; SOBOTA; NIEDZIELA</b>	
<b>PIĄTEK 20.04.2007</b>	
<b>SOBOTA 21.04.2007</b>	
<b>NIEDZIELA 22.04.2007</b>	
<b>BANKIET 21.04.2007 (PŁATNY DOTATKOWO 50 ZŁ)</b>	

**Kartę proszę przesłać na adres biura:**

STOWARZYSZENIE LEKARZY DERMATOLOGÓW ESTETYCZNYCH

ul. Domaniewska 47 lok. 11

02-672 Warszawa

lub

Fax.: 0-22 847 69 33

