



POLSKIE TOWARZYSTWO
LOGOPEDYCZNE
ODDZIAŁ ŚLĄSKI

Formularz zgłoszeniowy

Tytuł szkolenia:

Imię i nazwisko, tytuł naukowy.....

Adres korespondencyjny

Telefon kontaktowy.....

e-mail

Dane do faktury:

Nazwa zakładu pracy:

NIP:

Ulica i numer:

Kod pocztowy:

Miasto:.....

Uwagi:

Należność za uczestnictwo w szkoleniu należy uregulować wpłacając określoną kwotę na konto:

*POLSKIE TOWARZYSTWO LOGOPEDYCZNE ZARZĄD GŁÓWNY,
ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin, PKO SA II O. Lublin: 89 1020 3150 0000 3002 0003 0106*

W tytule prosimy wpisać: IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA SZKOLENIA