

Formularz zgłoszenia:

Imię i nazwisko

Specjalizacja

Nr prawa wykonywania zawodu

Data urodzenia :.....

Adres :

Kod pocztowy: Miejscowość :

Tel. komórkowy : Gabinet :

Adres e-mail : @

Zgłaszam udział w szkoleniu : Podstawy Homeopatii

Data: 13-14.04.2019

Formularz zgłoszenia prosimy przesyłać mailem na adres: **biuro@pthk.pl**