

Deklaracja zgłoszenia na warsztaty szkoleniowe dla przedstawicieli ochrony  
zdrowia dotyczące FAS  
21 listopada 2017 r.

**Nazwisko i imię:**

**Instytucja:**

**Zawód:**

**Jestem członkiem zespołu interdyscyplinarnego (niepotrzebne skreślić):**

**TAK**

**NIE**

**E-mail:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Podpis**

.....