

**Formularz zgłoszeniowy na warsztaty nerkozastępcze**

**firmy Baxter Polska Sp. z o.o. w dn. 01.04.2017 r. w godz. 11.00-13.00**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| TELEFON |  |

Miejsce pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| SZPITAL:  |  |
| ULICA: |  |
| KOD | MIASTO |  |  |

|  |
| --- |
| Proszę wstępnie wyrazić największe zainteresowanie |
| I | II | III |

Formularz proszę odesłać na adres: alicja\_noskowicz@baxter.com

Osoba do kontaktu:

Alicja Noskowicz-Gierczyk

+48 600 089 530