

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W AKADEMII ZDROWIA CELIAKA

Bydgoszcz, dnia 14 października 2017 roku

Centrum Konferencyjne „CITY HOTEL” – Bydgoszcz, ul. 3 Maja 6

Rejestracja uczestników i wydawanie materiałów konferencyjnych od godz. 9¹⁵ do godz. 9⁴⁵

Udział jest nieodpłatny – w celu uczestniczenia wystarczy przesłać zgłoszenie udziału.

(Formularz zgłoszeniowy prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami – podane dane osobowe będą wykorzystane wyłącznie do rejestracji uczestników. Uwaga: każdy z uczestników zgłasza chęć udziału na oddzielnym formularzu zgłoszeniowym)

Imię:

Nazwisko:

Miejscowość (z kodem pocztowym):

Telefon kontaktowy: Adres: e-mail:

Zgłoszenia na formularzu prosimy przesłać w terminie do 6 października 2017 roku e-mailem lub na adres pocztowy stowarzyszenia (w przypadku dużej ilości chętnych zadecyduje kolejność zgłoszeń):

E-mail: **biuro@dietabezglutenowa.pl**

Adres pocztowy: **Stowarzyszenie „Przekreślony Kłós”, 85-950 Bydgoszcz 1, skrytka poczt. 76**

Telefon kontaktowy: **602 623 218**

Z uwagi na duże zainteresowanie AZC, w przypadku rezygnacji prosimy o powiadomienie organizatorów.

Organizator: **Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię „PRZEKREŚLONY KŁÓS”**

Bieżące informacje o Akademii Zdrowia Celiaka będą zamieszczane na stronach internetowych:

www.dietabezglutenowa.pl i www.celiakia.eu

ZADANIE JEST DOFINANSOWYWANE PRZEZ WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE