

ZGŁOSZENIE CHĘCI UDZIAŁU W WYDARZENIU „DOTKNIJ NAUKI - SPOTKANIA Z WYDZIAŁEM
FARMACEUTYCZNYM WUM” ORGANIZOWANYM NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

Liceum Ogólnokształcącego typu czteroletniego.....

.....
pełna nazwa

mające siedzibę w przy ulicy.....
miasto, kod pocztowy nazwa ulicy, numer domu, numer lokalu

NIP.....
numer NIP

reprezentowane przez....., tel.....
imię i nazwisko Dyrektora podać numer kontaktowy

e-mail.....
podać adres e-mail do kontaktu

zgłasza chęć udziału w wykładach/spotkaniu informacyjnym/warsztatach*

W wydarzeniu uczestniczyć będzieuczniów klasy.....
podać liczbę podać klasę

profilu.....
podać profil

Uczniowie pozostawać będą pod opieką delegowanego nauczyciela:

.....
imię i nazwisko nauczyciela

.....
czytelny podpis Dyrektora

.....
miejscowość, data

*zaznaczyć wybrane