



WARSZAWSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY



WYDZIAŁ  
FARMACEUTYCZNY

**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

**zglasza chęć udziału w wykładach/spotkaniu informacyjnym/warsztatach\***

**z cyklu „Odkryj nasz Wydział”/ "Spotkania z nauką"\***

**W wydarzeniu uczestniczyć będzie .....ucniów klasy.....**  
podać liczbę podać klasę

**profilu.....**  
podać profil

**Uczniowie pozostawać będą pod opieką delegowanego nauczyciela:**

.....  
imię i nazwisko nauczyciela

**Dana klasa będzie uczestniczyła w wydarzeniu pierwszy/kolejny\* raz.**

**Kontakt do osoby odpowiedzialnej za organizację:**

.....  
imię i nazwisko, adres e-mail, numer telefonu

.....  
**czytelny podpis Dyrektora**

.....  
**miejsowość, data**

\*zaznaczyć wybrane