

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA**

|          |  |
|----------|--|
| nazwisko |  |
| imię     |  |
| tytuł    |  |
| kod      |  |
| miasto   |  |
| ulica    |  |
| tel.     |  |
| fax      |  |
| e-mail   |  |

miejsce na znaczek

**ADRESAT:                   KLINIKA PNEUMONOLOGII I ALERGOLOGII UM w ŁODZI**  
**Szpital im. N. Barlickiego, ul. Kopcińskiego 22**  
**91-153 Łódź**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA**

|          |  |
|----------|--|
| nazwisko |  |
| imię     |  |
| tytuł    |  |
| kod      |  |
| miasto   |  |
| ulica    |  |
| tel.     |  |
| fax      |  |
| e-mail   |  |

miejsce na znaczek

**ADRESAT:                   KLINIKA PNEUMONOLOGII I ALERGOLOGII UM w ŁODZI**  
**Szpital im. N. Barlickiego, ul. Kopcińskiego 22**  
**91-153 Łódź**