

**KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA**

**X KONGRESU POLONII MEDYCZNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię Nazwisko** |  |
| **Uczelnia** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Rok (oraz stopień jeżeli studia nie są jednolite)** |  |
| **Państwo pochodzenia** |  |