

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

PEŁNOMOCNIK REKTORA

ds. szkolenia podyplomowego ds. specjalizacji z mikrobiologii dla osób z tytułem magistra
lub magistra inżyniera na kierunku biologia i biotechnologia

Tel./fax. 22- 628 27 39

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej
Ul. T. Chałubińskiego 5
02-004 Warszawa

Warszawa, 29.11.2013

Szanowni Państwo

Uprzejmie informuję, że w 2014 roku przewidziane są obowiązkowe do specjalizacji kursy:

1. „Serologiczna diagnostyka zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych oraz zarażeń pasożytniczych.” 27.01.2014 – 31.01.2014, cena kursu: 600zł
2. „Mikrobiologiczne bezpieczeństwo żywności, wody i powietrza. Zagrożenia biologiczne.” 03.02.2014 – 04.02.2014, cena kursu: 240zł
3. „Mikrobiologiczne bezpieczeństwo produktów leczniczych i wyrobów medycznych.” 04.06.2014 – 05.06.2014, cena kursu: 240zł
4. „Etiologia, obraz kliniczny i diagnostyka zakażeń wywołanych bakteriami beztlenowymi.” 23.06.2014 – 26.06.2014, cena kursu: 600zł
5. „Sterylizacja, dezynfekcja i dezynsekcja oraz metody kontroli tych procesów.” 16.09.2014 – 17.09.2014, cena kursu: 240zł
6. „Etiologia, obraz kliniczny i diagnostyka zakażeń grzybiczych.” 22.09.2014 – 26.09.2014, cena kursu: 600zł

TYLKO OSOBY ZAINTERESOWANE OTRZYMANIEM FAKTURY są proszone o przesłanie drogą elektroniczną na adres: specjalizacja.mikrobiologia@wum.edu.pl, bądź faxem pod nr: 22 628 27 39 (z dopiskiem dla dr Anny Sawickiej-Grzelak) **FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO NA KURS** wraz z podaniem danych wymaganych do wystawienia faktury.

OBECNOŚĆ NA KURSIE JEST DLA PAŃSTWA OBOWIĄZKOWA !!!

Formularz zgłoszeniowy oraz opłatę za kurs należy przesłać **najpóźniej 7 dni** przed datą rozpoczęcia kursu na rachunek bankowy WUM:

Nr konta: **52 12 40 5918 1111 0010 4850 3223**

UWAGA ! Na pierwszych zajęciach wymagane będzie okazanie dowodu wpłaty za kurs.
Opłaty za kurs mogą ulec zmianie.

Z poważaniem
Dr Anna Sawicka-Grzelak

FORMULARZ PRZYJĘCIA NA KURS

Specjalizacja w dziedzinie *Mikrobiologia*

Numer karty specjalizacyjnej

Nazwa Modułu	Mikrobiologia Kliniczna
Nazwa Kursu	
Termin Kursu	

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko.....
2. Data rozpoczęcia specjalizacji.....
3. Adres do korespondencji.....
4. Tel. dom.....Tel. praca.....
5. E-mail.....
6. Adres zakładu pracy.....

Czy będą Państwo zainteresowani otrzymaniem faktury
Jeżeli TAK proszę wypełnić poniższe dane dotyczące PŁATNIKA/NABYWCY
faktury:

Nazwa.....

Adres.....

Numer NIP.....

DATA I PODPIS