****

**KOMITET TERAPII I NAUK O LEKU**



**Deklaracja udziału**

**IV Sympozjum „SZKOŁA CHEMII MEDYCZNEJ” 25 – 27.09.2019 we Wrocławiu**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł, imię i nazwisko |  |
| Instytucja (afiliacja) |  |
| Adres |  |
| Adres e-mail |  |

Zobowiązuję się do opłacenia **składki konferencyjnej** **w wysokości:**

**700 PLN - UCZESTNICY**

**500 PLN - DOKTORANCI**

przelewem na konto:

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Santander Bank Polska S.A. 4 Oddział we Wrocławiu**

**35 1500 1793 1217 9000 9997 0000**

(w tytule przelewu prosimy o wpisanie „Szkoła Chemii Medycznej 2019” oraz imię i nazwisko)

**Prezentacja – ABSTRAKT/KOMUNIKAT USTNY** (niewłaściwe skreślić)

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł |  |
| Autorzy |  |

Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy nadsyłać na adres **sympozjumscm@umed.wroc.pl**

Termin nadsyłania zgłoszeń - **30.07.2019**

Termin nadsyłania abstraktów oraz opłacenia składki konferencyjnej - **30.07.2019**

**ZAKWATEROWANIE:**

**Prosimy o samodzielnie rezerwowanie noclegów.**

**.**