**Přihlašovací formulář žáka/studenta na odbornou konferenci**

**Problematika transplantační medicíny.**

Termín konání: **20. 11. 2019**

Místo konání**: aula SZŠ a VOŠZ Zlín, Broučkova 372, Příluky, 760 01 Zlín**

Vyplněný formulář zašlete na adresu kontaktní osoby: svetlana.jancarikova@szszlin.cz

**Vysílající organizace**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název školy** | **Adresa – sídlo školy** |
|  |  |

**Účastník – žák/student**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jméno, příjmení** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |

Závazně potvrzuji správnost údajů vyplněných v tomto registračním formuláři a svoji účast na konferenci.

V/ve ………………, dne ……………… ……………………………………………

 Jméno, příjmení, podpis, razítko