



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

TURNIEJU TENISA ZIEMNEGO

Imię i nazwisko	
Rok urodzenia	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon	

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem Turnieju Tenisa Ziemnego i akceptuję jego treść.

Imię i nazwisko (CZYTELNIE):.....

Data:..... Podpis:.....



FEDERACJA POLONIJNYCH
ORGANIZACJI MEDYCZNYCH



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE