

Ultrazvukem asistovaná regionální anestezie

přihlašovací formulář

titul před jménem	
jméno	
příjmení	
titul za jménem	
ID ČLK	
pracoviště	
telefon	
e-mail	
požadovaný termín kurzu	
podpis účastníka	

Poznámka

Vyplněný a podepsaný formulář zašlete prosím na e-mail **Nalosdan@seznam.cz**

Další informace a pokyny k platbě

<https://www.kzcr.eu/konference/uzkurzy2023>