**Formularz rejestracyjny**

**WIZYTY STUDYJNEJ**

20 – 21 września 2018r. Czechy-Polska

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Nazwa instytucji** |  |
| **Adres** |  |

Wypełniony formularz zgłoszeniowy proszę odesłać na adres e-mail: pdaczkowska@arrsa.pl

do dnia **14.09.2018r.**