

PŘIHLÁŠKA

do odborné sekce POUZP

01 – dermatovenerologická
02 – pediatrická
03 – onkologická
04 – ORL
05 – zdravotní výchova
06 – ortopedická
(označte vybranou sekci)

07 - interní
08 – následná péče
09 - chirurgická
11 - audilogická
12 – fyzioterapie a ergoterapie

Jméno a příjmení :

Datum narození :

Trvalé bydliště : **PSČ:**

Zaměstnavatel :
(klinika, oddělení)

Profese: zdravotní sestra porodní asistentka

Ostatní profese

Členství v POUZP : ANO :
(označte křížkem)

Dne :

Podpis :

Přihlášky zasílejte na adresu :

POUZP
VPS
Benešova č.22
BRNO
602 00

telefon:
542210891
FAX:
542215090
elektronická pošta
pouzpcms@volny.cz