

**POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148

*SZKOLENIE ŚWIADCZENIODAWCÓW*

*Z OBSŁUGI PORTALU POTENCJAŁU*

**KARTA UCZESTNICTWA**

Świadczeniodawca

.....  
.....  
.....

(pełne dane)

Imię i nazwisko osób uczestniczących w spotkaniu ( maksymalnie dwie), telefon

.....  
.....  
.....

**Prosimy o wypełnienie karty i przesłanie jej faxem 058 75-12-528**

**27 stycznia 2010r., Sala Obrad - 204 (I piętro) w Nowym Ratuszu, Gdańsk  
ul. Wały Jagiellońskie 1, godz. 9:30.**