

Formularz zgłoszeniowy

Konferencja naukowa

Medycy polskiego pogranicza II Rzeczypospolitej lat 1919-1939

Karta zgłoszenia uczestnictwa

Imię, nazwisko, tytuł naukowy

.....

Afiliacja

.....

Adres Uczelni (z NIP)

.....

Adres zamieszkania (lub inny adres kontaktowy do przesłania korekty, egzemplarza autorskiego)

.....

.....

e-mail. Tel.

.....

Tytuł referatu

.....

Streszczenie (pół strony)

.....