

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

MIĘDZYNARODOWY KONGRES INTEGRACYJNY NA RZECZ OSÓB NIESŁYSZĄCYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH

(Katowice, ul. Grażyńskiego 49a, Dom Lekarza, 1-2 października 2012 r.)

.....
IMIĘ

.....
NAZWISKO

.....
MIASTO, KRAJ

.....
NAZWA INSTYTUCJI

.....
STANOWISKO

.....
TELEFON

.....
ADRES E-MAIL

UDZIAŁ W DNIU 1.10

UDZIAŁ W DNIU 2.10

Formularz proszę odesłać do dnia 27 września 2012 r.

na adres: kongres@katowice.eu

lub fax: +48 32 356-74-37

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku zgłoszeniowym wyłącznie w celach organizacyjnych kongresu zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 Nr 101 poz. 926 z późn. zm.). Administratorem danych jest Prezydent Miasta Katowice z siedzibą w Katowicach, ul. Młyńska 4.

