

FORMULARZ UCZESTNICTWA W CZĘŚCI PIERWSZEJ

DANE UCZESTNIKA/OPIEKUNA KLASY:

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Instytucja	
Klasa/ rok studiów	
Telefon	
E-mail	
W przypadku opiekuna klasy proszę podać przewidywaną ilość młodzieży, która pod opieką Pani/ Pana weźmie udział w konferencji:	

Proszę o dostarczenie imiennej listy uczniów w dniu konferencji.

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa **05.06.2025 roku**



SPZOZ Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień
Ul. Chopina 9 83-200 Starogard Gdański Tel./fax. 58 5629493 Tel. 58 5627195
e-mail: opirpa_starogardgdanski@wp.pl www.opirpa-stg.pl

FORMULARZ UCZESTNICTWA W CZĘŚCI DRUGIEJ

DANE UCZESTNIKA:

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Instytucja	
Telefon	
E-mail	

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa **05.06.2025 roku**



SPZOZ Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień
Ul. Chopina 9 83-200 Starogard Gdański Tel./fax. 58 5629493 Tel. 58 5627195
e-mail: opirpa_starogardgdanski@wp.pl www.opirpa-stg.pl