**JELENTKEZÉSI LAP

A Cochrane Magyarország továbbképző kurzusára**

(A kitöltött jelentkezési lapot kérjük e-mailben elküldeni a cochrane@pte.hu címre.)

Kurzus címe: **Bizonyítékon alapuló szakmai irányelvek a gyakorlatban**

Kurzus helyszíne: **Petz Aladár Megyei Oktató Kórház**

 **9023 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.**

Kurzus időpontja: **2018.10.26-27.**

**Jelentkező adatai**

Név:

E-mail cím:

Telefonszám:

Munkahely (név, cím):

Munkakör:

Pecsétszám (ha van):

EHA / Neptun kód (ha van):

A kurzusért járó kredit pontokat PhD hallgatóként / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ szakorvosként kérem elszámolni /kredit pontot nem szeretnék elszámolni. (a megfelelő rész aláhúzandó, kitöltendő)

