

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## UCZESTNICTWA

W

## AKADEMII ZDROWIA CELIAKA

Bydgoszcz, dnia 04 października 2014 roku

Centrum Konferencyjne „CITY HOTEL” – Bydgoszcz, ul. 3 Maja 6

Rejestracja uczestników i wydawanie materiałów konferencyjnych od godz. 9<sup>15</sup> do godz. 9<sup>45</sup>

Udział jest nieodpłatny – w celu uczestnictwa wystarczy samo zgłoszenie udziału.

*(Formularz zgłoszeniowy prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami – podane dane osobowe będą wykorzystane wyłącznie do rejestracji uczestników)*

Imię: .....

Nazwisko: .....

Adres: .....

Telefon kontaktowy: ..... Adres: e-mail: .....

Osoba chora       Rodzic/opiekun chorego dziecka       Członek rodziny chorego  
 Lekarz, dietetyk       Student medycyny/dietetyki       Inne

(należy wstawić znak „x” w odpowiednim miejscu)

**Zgłoszenia na formularzu prosimy przelać w terminie do 20 września 2014 roku na adres pocztowy stowarzyszenia lub e-mailem (w przypadku dużej ilości chętnych zadecyduje kolejność zgłoszeń):**

Adres pocztowy: 85-950 Bydgoszcz 1, skrytka poczt. 76

E-mail: biuro@dieta bezglutenowa.pl

Telefon kontaktowy: 602 623 218

Z uwagi na duże zainteresowanie AZC, w przypadku rezygnacji prosimy o powiadomienie organizatorów.

Organizator: **Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię „PRZEKRĘŚLONY KŁOS”**

Partnerzy: **TPD Krajowy Komitet Kół Przyjaciół Dzieci na Diecie Bezglutenowej w W-wie**

**TPD Koło Pomocy Dzieciom na Diecie Bezglutenowej w Bydgoszczy**

Bieżące informacje o Akademii Zdrowia Celiaka będą zamieszczane na stronach internetowych:

**[www.dieta bezglutenowa.pl](http://www.dieta bezglutenowa.pl) i [www.celiakia.eu](http://www.celiakia.eu)**

ZADANIE JEST DOFINANSOWYWANE PRZEZ WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE