

PRISTUPNICA

za sudjelovanje u tečaju stalnog usavršavanja liječnika

Ime i prezime.....

Kućna adresa.....

Naziv djelatničke tvrtke.....

Adresa.....Telefon.....

Mejl adresa.....

Specijalist/specijalizant iz područja.....

Prijavljujem se za tečaj/tečajeve:.....

a) Obojeni dopler ekstrakranijske moždane cirkulacije

b) Dopler sonografija intrakranijske cirkulacije

U.....

.....

Potpis

Pristupnicu molim poslati na adresu:

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Klinika za bolesti srca i krvnih žila

n/p Andrea Turković, univ.spec.oec.

Vinogradska 29

10000 ZAGREB