Formularz zgłoszeniowy udziału
**w „Ogólnopolskim Kongresie Historii Medycyny w setną rocznicę I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny i Farmacji (1924–2024)”**organizowanym w Uniwersytecie Wrocławskim i Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej
**Organizatorzy**

## Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych

* Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

## Katedra i Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych oraz Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Katedra Historii Medycyny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

## Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy

## Instytut Filologii Germańskiej Uniwersytetu Wrocławskiego

## Komisja Historyczna Wojskowej Izby Lekarskiej

## Krajowa Izba Fizjoterapii

22–24 maja 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **Tytuł / stopień naukowy** |  |
| **Reprezentowana uczelnia bądź instytucja; afiliacja** |  |
| **Adres do wysyłki faktury za opłatę konferencyjną** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefon** |  |
| **Tytuł wystąpienia** |  |
| **Sekcja** |  |

Przesłanie zgłoszenia oznacza zgodę na przetwarzanie danych osobowych Referentki/Referenta dla potrzeb organizacji **Ogólnopolskiego Kongresu Historii Medycyny w setną rocznicę I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny i Farmacji (1924–2024)**, zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

 **Miejscowość, data Podpis**

Opłatę konferencyjną w wysokości **600 PLN** prosimy wnosić na rachunek bankowy Fundacji dla Wiedzy i Mądrości: BNP PARIBAS **12 2030 0045 1110 0000 0402 7620** z dopiskiem **Kongres PTHNM 2024**. W sprawie faktury proszę o kontakt z p. Dyrektor Urszulą Majchrzak: umajchrzak@dilnet.wroc.pl; tel. 71 79 88 087

**[Zeskanowane zgłoszenie prosimy przesłać na adres: edward.bialek@uwr.edu.pl]**