Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

53-413 Wrocław, pl. Hirszfelda 12 Zakład Fizyki Medycznej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zapraszamy na kurs specjalizacyjny z fizyki medycznej „Planowanie leczenia” w ramach Modułu VI „Teleradioterapia” Programu Specjalizacji, organizowany przez Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Kurs odbędzie się w dniach 7-9 stycznia 2019 w Filii Dolnośląskiego Centrum Onkologii przy ul. Iwaszkiewicza 5, w Legnicy. Początek zajęć o godz. 1030 w Budynku Zakładu Radioterapii na pierwszym piętrze.

W ramach kursu przewidujemy zajęcia teoretyczne oraz praktyczne w kilkuosobowych zespołach, dlatego liczba miejsc jest ograniczona do 15.

Osoby zainteresowane uczestnictwem prosimy o rejestrację drogą elektroniczną przesłaną na adres raczkowski.m@dco.com.pl, w tytule wiadomości prosimy wpisać - „zgłoszenie na kurs”, do dnia 24 grudnia 2018 r. Płatność za kurs wynosi 300 zł.

Po potwierdzeniu przyjęcia zgłoszenia, prosimy o wykonanie przelewu na nr rachunku: 52 1500 1793 1217 9002 2185 0000, z dopiskiem: kurs specjalizacyjny fizyka medyczna.

Osoby zainteresowane otrzymanie faktury prosimy o przesłanie danych do faktury drogą elektroniczna na adres rubacha.a@dco.com.pl, w tytule wiadomości prosimy wpisać - „faktura za kurs specjalizacyjny”

 Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej

 Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

 dr n. med. Marzena Janiszewska



**Formularz zgłoszeniowy:**

Imię i Nazwisko ....................................................................................................

Nazwa placówki ....................................................................................................

Zakład / Dział........................................................................................................

Adres placówki ......................................................................................................

............................................................................................................................

Tel. ....................................................... Faks. ....................................................

E-mail.: ................................................................................................................

2