Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

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

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



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

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

Kurs odbędzie się w dniach 6-8 czerwca 2019 na terenie Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu przy pl. Hirszfelda 12. Początek zajęć w dniu 6 czerwca o godz. 1030 w Budynku F na drugim piętrze.

W ramach kursu przewidujemy zajęcia teoretyczne oraz praktyczne w kilkuosobowych zespołach, dlatego liczba miejsc jest ograniczona do 20.

Osoby zainteresowane uczestnictwem prosimy o rejestrację drogą elektroniczną przesłaną na adres [raczkowski.maciej@dco.com.pl](mailto:raczkowski.maciej@dco.com.pl), w tytule wiadomości prosimy wpisać - „zgłoszenie na kurs - Dozymetria i kontrola jakości”, do dnia 17 maja 2019 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 - Dozymetria i kontrola jakości.

Osoby zainteresowane otrzymanie faktury prosimy o przesłanie danych do faktury drogą elektroniczna na adres [rubacha.a@dco.com.pl](mailto: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