



**PŘIHLÁŠKA K ÚČASTI**  
Kurs kontinuálního vzdělávání - XV. ročník  
**Extrapyramidová onemocnění XV**  
**Lázně Luhačovice, 16. –18. 5. 2014**  
[www.conferencepartners.cz/EPO2014](http://www.conferencepartners.cz/EPO2014)

Přihlášku zašlete nejpozději **do 4 dubna 2014** na adresu:  
Conference Partners Prague s.r.o., Sokolská 26, 120 00 Praha 2  
Tel.: 224 262 108, Fax: 224 261 703, E-mail: [epo@conferencepartners.cz](mailto:epo@conferencepartners.cz)

---

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL **ROK NAROZENÍ**

---

ADRESA

---

PSČ

MĚSTO

---

TELEFON

E-MAIL

---

MOU ÚČAST HRADÍ FIRMA

**Předchozí zkušenost s extrapyramidovými pacienty**

**Mám zájem konzultovat videozáznam svého pacienta s experty**

Prosíme vložte stručnou epikrizu pacienta (8-10 řádek) formou vložení textu do pole na následující stránce:

**Registrační poplatek: 1.800 Kč**

Přihlašuji se k účasti na kursu a hradím registrační poplatek ve výši **1.800 Kč**

**Bankovní spojení:**

Československá obchodní banka, a. s., Anglická 20, 120 00 Praha 2

**Číslo účtu: 176 573 822 / 0300, KS: 0308, VS: 052013**

**IBAN: CZ12 0300 0000 0001 7657 3822, SWIFT: CEKOCZPP**

**Platbu za registraci je nutné provést ihned po registraci.**

---

Datum: ..... Podpis: .....



**PŘIHLÁŠKA K ÚČASTI**  
Kurs kontinuálního vzdělávání - XV. ročník  
**Extrapyramidová onemocnění XV**  
**Lázně Luhačovice, 16. –18. 5. 2014**  
[www.conferencepartners.cz/EPO2014](http://www.conferencepartners.cz/EPO2014)

Přihlášku zašlete nejpozději **4. dubna 2014** na adresu:  
**Conference Partners Prague s.r.o., Sokolská 26, 120 00 Praha 2**  
Tel.: 224 262 108, Fax: 224 261 703, E-mail: [epo@conferencepartners.cz](mailto:epo@conferencepartners.cz)

**Mám zájem konzultovat svého pacienta s experty**

Zde prosíme vložte stručnou epikrizu pacienta (8-10 řádek) formou vložení textu do tohoto pole: