ZAPROSZENIE NA KONFERENCJĘ

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu zaprasza na konferencję pt.

**"Zagrożenia zdrowotne kobiet w XXI wieku" część II,**

która odbędzie się 27.10.2017r. w  godz. 09.00-15.00 w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN w Poznaniu ul. Noskowskiego 12/14 *(wejście od ul. Wieniawskiego 17/19)*.

**TEMATY KONFERENCJI:**

1. Zespoły udarowe konsekwencją współczesnego trybu życia.
2. Zawał mięśnia sercowego, jego skutki i powrót do sprawności.
3. Menopauza problemem współczesnej kobiety.
4. Odżywianie kobiet.
5. Wysiłkowe nietrzymanie moczu – jak długo tematem tabu ?
6. Cera dojrzałej kobiety.
7. Atrakcyjność wieku dojrzałego.

Opłata konferencyjna :

- dla członków OIPiP w Poznaniu – 40 zł (bez możliwości refundacji)

- dla pozostałych uczestników – 80 zł.

Wpłaty należy dokonać na konto OIPiP:

BZ WBK III Oddział Poznań
nr 50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

**Zgłoszenia wraz z potwierdzeniem opłaty przyjmujemy do dnia 13.10.2017r.**

Zapraszamy

**Z G Ł O S Z E N I E N A K O N F E R E N C J Ę**

**"Zagrożenia zdrowotne kobiet w XXI wieku" część II,**

27.10.2017r. w  godz. 09.00-15.00

Instytut Chemii Bioorganicznej PAN w Poznaniu ul. Noskowskiego 12/14 *(wejście od ul. Wieniawskiego 17/19)*.

Imię i nazwisko uczestnika …................................................................…………………………………...

Adres ......……………………………………...........………..........................................................……………….

Nr prawa wykonywania zawodu ………………………….………………………………………….…………………………………..

Członek OIPiP w …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwa zakładu pracy …………………….……………………………………………………………………………........................

Tel. kontaktowy ……............…………………………………………………………………………………………………………………

Fax. / e-mail ……….......................................................................……….…………………………………………………

ZAMAWIAM RACHUNEK TAK □ NIE □

JEŻELI TAK - NALEŻY WYPEŁNIĆ „DANE DO WYSTAWIENIA RACHUNKU”

DANE DO WYSTAWIENIA RACHUNKU:

Nazwa firmy: ….......................................................…………………………………... ………………….

Adres: ................……………………………………...........……………................................……………….

NIP: …………………………………………..……………………….…………………………………………………………..

Nazwiska i imiona uczestników, za których wniesiono opłaty konferencyjne: ………………..

…………………….……………………………………………………………………………......................................

….……………………………………………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………….……

 czytelny podpis osoby wypełniającej zgłoszenie

ZGŁOSZENIA PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I PRZESYŁAĆ **WRAZ Z DOWODEM WPŁATY** NA ADRES:

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, 60-311 POZNAŃ UL. GRUNWALDZKA 65 lub e-mail: sekretariat@oipip-poznan.pl