|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **http://www.awf.edu.pl/media/obrazy/symbole-uczelni/awf_logo.jpg** | **KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA**  w |  |
|  | VII Ogólnopolskiej Olimpiadzie Wiedzy  Młodych Fizjoterapeutów  **Warszawa, 16 listopada 2019 r.** | |

**DANE UCZESTNIKA**

**Imię:** **Wpisz Imię**

**Nazwisko:** **Wpisz Nazwisko**

**Uczelnia:** **Wpisz nazwę reprezentowanej Uczelni**

**Kategoria:**

**A** - studenci jednolitych pięcioletnich studiów magisterskich

**B** - studenci dwuletnich studiów magisterskich oraz osoby z tytułem licencjata fizjoterapii posiadające prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty

**C** - osoby z tytułem magistra fizjoterapii (lub równoważnym) posiadające prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty

**Kontaktowy adres e-mail Uczestnika VII OOWMF:** **Wpisz e-mail**

**Telefon kontaktowy do Uczestnika VII OOWMF:** **Wpisz numer telefonu**

**Rozmiar koszulki z logo Uczestnika VII OOWMF (wybierz tylko jeden rozmiar):**

**S**

**M**

**L**

**XL**

**Dokument prosimy przesłać w formie elektronicznej na adres:** [**oowmfawfwarszawa@gmail.com**](mailto:oowmfawfwarszawa@gmail.com)

**Szczegóły na stronie:** [**https://www.awf.edu.pl/wr/nauka/konferencje-i-seminaria-naukowe/OOWMF/OOWMF2019**](https://www.awf.edu.pl/wr/nauka/konferencje-i-seminaria-naukowe/OOWMF/OOWMF2019)

***\*Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z regulaminem Olimpiady i akceptuję jego warunki.***