

## Zaproszenie

Zapraszam do udziału w VI Konferencji Naukowo – Szkoleniowej nt. „Trudności i wyzwania w leczeniu ran ostrych i przewlekłych”, która odbędzie się w dniu 6.04.2018 r. w godzinach 9<sup>00</sup> ÷ 14<sup>30</sup> w Domu Lekarza, przy ul. Grażyńskiego 49 w Katowicach.

Uczestnictwo w Konferencji jest bezpłatne. Uczestnicy otrzymają certyfikat.

Liczba miejsc ograniczona.

Zgłoszenia do uczestnictwa należy dokonać przez wypełnienie karty zgłoszenia i nadesłanie jej do dnia 30.03.2018 roku (ze względu na duże zainteresowanie konferencją do wyczerpania wolnych miejsc) na adres:

Iwona Woźniak

SP Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Francuska 20-24

40-027 Katowice

z dopiskiem „Leczenie ran”

Na wymienionej stronie internetowej tj: [www.spskm.katowice.pl](http://www.spskm.katowice.pl) w zakładce Aktualności, Konferencji będzie zamieszczony program konferencji.

Lista osób zakwalifikowanych na konferencję wraz z programem będzie również zamieszczona na stronie internetowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Informacji udziela:

Iwona Woźniak nr tel.: (32) 259 16 79 lub kom. 603 111 952

***Proszę osoby zakwalifikowane do udziału w konferencji, które z przyczyn osobistych lub zawodowych nie będą mogły wziąć w niej udziału, o poinformowanie o tym organizatora w celu udostępnienia miejsca innej osobie z listy rezerwowej.***

mgr piel. Iwona Woźniak

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Przewodnicząca Zespołu ds. Pielęgniarstwa Onkologicznego działającego w ramach

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Specjalista pielęgniarstwa onkologicznego

Specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego

Członek Sekcji Onkologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego,  
Dojelitowego i Metabolizmu



KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KONFERENCJI  
„Trudności i wyzwania w leczeniu ran ostrych i przewlekłych”  
(wypełnić literami drukowanymi)

1. Imię i nazwisko.....

**(wypełnić literami drukowanymi)**

2. Miejsce pracy:

a) nazwa.....

b) adres.....

.....  
.....

c) telefon kontaktowy .....

3. Stanowisko, funkcja.....

pielęgniarka

lekarz

farmaceuta

położna

dietetyk

rehabilitant

student

inne, jakie.....