

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY



Akademia  
Zdrowia  
Celiaka

**Bydgoszcz, 01 października 2011 roku**

**Centrum Konferencyjne „CITY HOTEL” – Bydgoszcz, ul. 3 Maja 6**

**Rejestracja uczestników i wydawanie materiałów konferencyjnych od godz. 10<sup>15</sup> do godz. 10<sup>45</sup>**

**Udział jest nieodpłatny – w celu uczestnictwa wystarczy samo zgłoszenie udziału.**

*(Formularz zgłoszeniowy prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami – podane dane osobowe będą wykorzystane wyłącznie do rejestracji uczestników)*

Imię: .....

Nazwisko: .....

Adres: .....

Telefon kontaktowy: ..... Adres: e-mail: .....

Osoba chora     Rodzic/opiekun chorego dziecka     Członek rodziny chorego     Inne

(należy wstawić znak „x” w odpowiednim miejscu)

**Zgłoszenia na formularzu prosimy przesłać w terminie do 21 września 2011 roku na adres pocztowy stowarzyszenia lub e-mailem (w przypadku dużej ilości zgłoszeń zadecyduje kolejność zgłoszeń):**

Adres pocztowy:                      **85-950 Bydgoszcz 1, skrytka poczt. 76**

E-mail:                                      **biuro@dietabezglutenowa.pl**

Telefony kontaktowe:                **602 623 218 lub 52 342 60 32**

Z uwagi na duże zainteresowanie AZC, w przypadku rezygnacji prosimy o powiadomienie organizatorów.

**Bieżące informacje o Akademii Zdrowia Celiaka będą zamieszczane na stronach internetowych:**

[www.dietabezglutenowa.pl](http://www.dietabezglutenowa.pl) i [www.celiakia.eu](http://www.celiakia.eu)

Organizatorzy: - **Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię „PRZEKREŚLONY KŁOS”**  
- **TPD Koło Pomocy Dzieciom na Diecie Bezglutenowej w Bydgoszczy**  
- **TPD Krajowy Komitet Kół Przyjaciół Dzieci na Diecie Bezglutenowej w Warszawie**  
Patronat medyczny: **Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci**  
**Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii w Bydgoszczy**