

Akademia Młodego Parkinsonologa (2 edycja)

Formularz danych kontaktowych

Imię (Imiona):

Nazwisko:

Data urodzenia:

PWZ:

Stopień naukowy:

E - mail:

Telefon:

Adres do korespondencji:

Nazwa i adres miejsca pracy i stanowisko (jeżeli kilka to proszę podać wszystkie):

Czy jesteś członkiem Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych i/lub Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych PTN:

Lista publikacji naukowych (jako pierwszy autor lub współautor):

Czy wcześniej byłeś uczestnikiem AMP lub innych podobnych aktywności organizowanych przez inne Towarzystwa i Sekcje Polskie i zagraniczne (jeśli tak to w jakich i kiedy?):

Do formularza proszę dołączyć krótki list motywacyjny.