**Formularz zgłoszenia udziału**

**w XXII Kongresie Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego**

***NEUROPSYCHOLOGIA W MEDYCYNIE - MEDYCYNA W NEUROPSYCHOLOGII***

**Imię i nazwisko:**

**Stopień/ tytuł naukowy:**

**- student** …………..

**- magister** …………..

**- doktor** …………..

**- doktor habilitowany** …………..

**- profesor** …………..

**- inne** …………..

**Miejsce pracy i adres:**

**Tel**:

**E-mail**:

**Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres miejsca pracy):**

**Forma udziału i rodzaj wystąpienia\*:**

**…….. udział bierny**

**…… referat** (planowany czas wystąpienia – 20 minut)

**…… poster**

\*prosimy o zaznaczenie formy udziału w konferencji i typu planowanego wystąpienia poprzez wpisanie **X**

**Rodzaj opłaty:\***

- opłata podstawowa 350 zł

- opłata studencka/doktorancka 100 zł (liczba miejsc ograniczona)

- opłata dodatkowa za udział w bankiecie 100 zł (dla chętnych)

**\*- opłata dotyczy każdego uczestnika Kongresu**

**Prosimy o potwierdzenie udziału w bankiecie**: **TAK** ….. **NIE** ……

**Dane do faktury** (dla osób zainteresowanych)

**Nazwa i adres płatnika (zakładu pracy):**

**NIP płatnika (zakładu pracy):**

|  |
| --- |
| **Tytuł wystąpienia:**  **Autor / autorzy:**  **Afiliacja:**  Autor 1  Autor 2  Autor 3  Autor 4 |
| **Streszczenie (do 200 słów):**  **Słowa kluczowe (do 5 słów/haseł):** |

(\*W przypadku bardzo dużej liczby zgłoszeń, organizatorzy mogą zaproponować zmianę formy prezentacji)

Prosimy o przesłanie zgłoszenia pocztą elektroniczną na adres Komitetu Organizacyjnego: [pkliniczna.neuropsychologia@poczta.umcs.lublin.pl](mailto:pkliniczna.neuropsychologia@poczta.umcs.lublin.pl) do dnia **5 września 2019 r.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz prowadzenie korespondencji przez Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UMCS w zakresie mojego udziału w XXII Kongresie PTNeur.

wyrażam zgodę