

*Załącznik nr 1
do Regulaminu III Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej
SIM_CHALLENGE_2024*

Formularz zgłoszeniowy III SimChallenge_2024

Data: 06-07.06.2024r.

Uniwersytet Opolski

Nazwa i adres Uczelni i jednostki zgłaszającej Zespół:

	imię i nazwisko	kierunek studiów	e-mail	telefon	podpis
1.	Kierownik zespołu				
2.	Członek zespołu				
3.	Członek zespołu				
4.	Członek zespołu				
5.	Członek zespołu				

	tytuł, stopień, imię i nazwisko	e-mail	telefon kontaktowy
Opiekun zespołu			

Wyżej wymienieni i podpisani członkowie zespołu oświadczają, że akceptują **Regulamin III Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej SIM CHALLENGE 2024** oraz wyrażają zgodę na udział w zawodach SIM CHALLENGE 2024 na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.

Pieczeń uczelni	Data i podpis opiekuna zespołu
-----------------	--------------------------------