**PROFILAKTYKA, DIAGNOZA I LECZENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH**

**Warszawa, 28 listopada 2015 w godz. 9:30-14:30**

*Szkolenie organizowane przez redakcję pisma „Psychiatra dla Lekarza Rodzinnego” oraz zespół Ośrodka Psychoterapii i Psychiatrii PSYCHE PLUS*

**Formularz zgłoszeniowy**

*Uprzejmie prosimy o odesłanie formularza na adres POZ@psycheplus.pl*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Miejsce pracy (nazwa i adres)** |  |
| **Specjalizacja** *(proszę podkreślić odpowiedź)*: | * Medycyna rodzinna
* Inna specjalizacja *(proszę wpisać)*: ............................................................................
* W trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej
* W trakcie innej specjalizacji *(proszę wpisać)*:.................................................................
 |
| **Źródło informacji o szkoleniu** *(proszę podkreślić odpowiedź)*: | * Informacja uzyskana drogą e-mailową
* Od kogoś z pracy
* Z informacji przesłanej pocztą
* Z prasy
* Inne źródła: *(proszę wpisać)*:...................................
 |