**Formularz zgłoszeniowy zawodów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię, nazwisko | Rok studiów | Kierunek studiów | Uczelnia | Adres mailowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy że żaden z członków zespołu nie posiada dyplomu ukończenia studiów na kierunku medycznym (lekarski, pielęgniarstwo licencjat lub magister, położnictwo licencjat lub magister, ratownictwo medyczne)