



ČESKÁ ASOCIACE SESTER
REGION MLADÁ BOLESLAV
www.casmb.org

Výbor regionu Mladá Boleslav České asociace sester si Vás dovoluje srdečně pozvat k aktivní i pasivní účasti na regionální konferenci nelékařských zdrav. pracovníků

Zdravotníci v regionu Mladá Boleslav poskytují v bezpečném prostředí bezpečnou péči

kteřá se koná v **sobotu 19. 06. 2010** v Domě kultury v Mladé Boleslavi
od 9:30 do 15:30 hod.

Prezence účastníků 8.30—9.30 hodin.

POZVÁNKA

regionální konference

Zdravotníci v regionu MB
poskytují bezpečnou péči v
bezpečném prostředí

Sobota 19. 6. 2010
Dům Kultury
Mladá Boleslav

**Akce bude zařazena do
systému celoživotního
vzdělávání**

Cílová skupina:

- ◇ Všechny obory
- ◇ sdružené v ČAS

TÉMATICKÉ OKRUHY:

- Bezpečná péče v bezpečném prostředí

účastnický poplatek: členové ČAS 100,-Kč, ostatní 300,-Kč, aktivní účast zdarma

Místo konání : Loutkový sál DK, Mladá Boleslav

Kontaktní adresa:

Mgr. Lucie Kopalová, SZŠ a VOŠZ, Boženy Němcové 482, 293 01 Mladá Boleslav,
e-mail: lucie.kopalova@seznam.cz, tel. 607 258 338

PŘIHLÁŠKY:

Přihlášky členů Regionu MB od 17. 5. do 28. 5. 2010 e-mailem,
telefonicky na tel. 607 258 338

Přihlášky členů ostatních sekcí ČAS od 1. 6. 2010 do 10. 6. 2010
e-mailem nebo se přihlaste telefonicky (**odpoledne**)

Přihlášky nečlenů ČAS pouze telefonicky **odpoledne** na 607 258 338
od 14. 6.— 18. 6. 2010

Pokud Vám není **správně vyplněná a v termínu podaná** přihláška vrácena, Vaše
účast na konferenci je potvrzena

- ⇒ **Členové ČAS potvrzují členství předložením čl. průkazky a dokladu o zaplacení čl. příspěvku při prezenci**
- ⇒ Potvrzení o účasti (certifikát) se vydává po ukončení konference
- ⇒ Účastnický poplatek se platí na místě

PŘIHLÁŠKA K ÚČASTI

Zdravotníci v regionu MB poskytují bezpečnou péči v bezpečném prostředí

Jméno a příjmení čl. číslo ČAS.....

Pracoviště a telefon

E – mail:.....

Účast: pasivní aktivní

Název příspěvku:.....

Délka příspěvku (10 - 15 min):.....

Autor, spoluautor.....

Přednášející.....

Požadovaná technika: dataprojektor videorekordér s projekcí

zpětný projektor jiná (upřesněte).....

Datum.....

podpis.....