**Warsztaty Mikroskopii Wysokiej Rozdzielczości**

**Gdański Uniwersytet Medyczny, 27-28 maja (środa, czwartek)**

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Kontakt (e-mail) |  |
| Preferowane grupy ćwiczeniowe\*  (na wszystkich grupach jest realizowany ten sam program) |  |
| Czy zgłasza Pani/Pan chęć zobrazowania własnych preparatów podczas ćwiczeń? (TAK/NIE) |  |

\* 27 V Grupy ćwiczeniowe: 12:00; 14:30; 16:30

28 V Grupy ćwiczeniowe: 9:30; 11:30; 14:00