

Szanowni Państwo,

W dniach **24-26 listopada 2017 r.** już po raz siedemnasty organizujemy **Warsztaty Edukacyjno-Szkoleniowe „Mukowiscydoza 2017”**. W tym roku Warsztaty odbędą się **w Krakowie**.

Warsztaty są organizowane **wyłącznie dla rodziców i opiekunów** dzieci chorych na mukowiscydozę **oraz chorych dorosłych (wiek pow. 18 lat)**. W przypadku chorych dorosłych w Warsztatach może uczestniczyć chory oraz jego opiekun.

Osoby, które chcą wziąć udział w Warsztatach proszone są o:

1. wypełnienie zgłoszenia zamieszczonego poniżej i odesłanie go na adres Fundacji drogą internetową lub listowną **do 20.10.2017 r.**

Uczestnictwo w Warsztatach jest bezpłatne. Warsztaty są finansowane z 1% podatku przekazanego na rzecz naszej Fundacji. Z uwagi na warunki lokalowe organizator dysponuje wyłącznie miejscami w pokojach 2 osobowych. Szczegółowy program zostanie opublikowany na stronie internetowej [www.mukowiscydoza.pl](http://www.mukowiscydoza.pl). **Osoby zakwalifikowane na Warsztaty zostaną powiadomione o tym fakcie telefonicznie lub drogą e-mailową w terminie do 31.10.2017 r.** Z uwagi na ograniczoną ilość miejsc nie przyjmujemy zgłoszeń obojga rodziców/opiekunów. W przypadku zainteresowania uczestnictwem przez dodatkową osobę, istnieje możliwość uczestnictwa po opłaceniu kosztów wyżywienia i noclegu. Prosimy o **nie dokonywanie żadnych wpłat** na rachunek Fundacji celem zaliczki za uczestnictwo w Warsztatach. Zakwalifikowani chorzy dorośli będą proszeni o wypełnienie dodatkowego oświadczenia związanego z ryzykiem zakażeń krzyżowych w mukowiscydozie oraz braku infekcji chorego bakteriami *Burkholderia cepacia*, MRSA i *Pseudomonas aeruginosa*.

#### UWAGA!!!

**Pierwszeństwo w zgłoszeniach mają osoby rodziców nowo zdiagnozowanych podopiecznych.** O zakwalifikowaniu decyduje **KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ!**

**Zgłoszenie proszę przesać na adres Fundacji MATIO: ul. Bobrowskiego 11, 31-552 Kraków lub zeskanowane na adres e-mail: [agnieszka@mukowiscydoza.pl](mailto:agnieszka@mukowiscydoza.pl)**



#### ZGŁOSZENIE

Imię i nazwisko uczestnika: .....

Adres zamieszkania uczestnika/adres do korespondencji:

.....  
.....

Telefon kontaktowy i/lub adres e-mail:

.....

Imię i nazwisko chorego pozostającego pod opieką uczestnika warsztatów:

..... wiek .....

Deklaruję przyjazd na Warsztaty w dniu ..... . W przypadku odwołania przyjazdu na Warsztaty w deklarowanym dniu przyjazdu zobowiązuje się pokryć kwotę 200 PLN.

Data: .....

Podpis: .....