****

****

**SYSTEMY ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

**WOBEC WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH, EKONOMICZNYCH I TECHNOLOGICZNYCH**

**SOCIAL SECURITY SYSTEMS IN THE LIGHT OF DEMOGRAPHIC, ECONOMIC AND TECHNOLOGICAL CHALLENGES**

**Poznan, 19-20 September 2019**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / REGISTRATION FORM**

**DANE UCZESTNIKA / *PERSONAL DATA*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  *Name, surname* |  |
| Tytuł, stopień naukowy  *Scientific grade* |  |
| Instytucja  *Institution/University* |  |
| adres e-mail  *e-mail address* |  |
| Telefon kontaktowy  *Phone number* |  |

**WYBRANA FORMA UCZESTNICTWA W KONFERENCJI (proszę zaznaczyć X przy wybranej formie uczestnictwa) / *CHOSEN FORM OF PARTICIPATION IN THE CONFERENCE (mark X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie / Specification** | | **Wybór** |
| Pełny udział w konferencji (1200 PLN)  *Full participation in the Conference (280 EUR)* | |  |
| Deklaruję udział w uroczystej kolacji w dniu 19.09.2019  *Confirmation of participation in gala dinner on 19 September 2019* |  |
| Publikacja artykułu bez uczestnictwa w konferencji (800 PLN)  *Publication without participation* | |  |
| Publikacja doktoranta bez udziału w konferencji (600 PLN)  *PhD student’s fee – publication without participation* | |  |

**PREFEROWANY JĘZYK WYGŁOSZENIA REFERATU (można zaznaczyć dwa pola)**

***PREFERRED LANGUAGE (You can choose both option):***

|  |  |
| --- | --- |
| Polski / *Polish* |  |
| Angielski / *English* |  |

**DANE DO FAKTURY / *INVOICE DATA***

**\*Instytucja / *Name of Institution or University***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji  *Name of institution* |  |
| Adres  *Address* |  |
| NIP  *TAX CODE* |  |

**\*Osoba fizyczna / *Individual person***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko / *Name, surname* |  |
| Adres zamieszkania / *Address* | |
| Ulica / *Street* |  |
| Nr domu / *Home number* |  |
| Nr lokalu / *Flat number* |  |
| Kod pocztowy / *ZIP CODE* |  |

**DANE DOTYCZĄCE PUBLIKACJI / *INFORMATION ABOUT PUBLICATION*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Autor/autorzy  *Author/Authors* |  |
| Temat  *Title* |  |
| Afiliacja  *Afiliation* |  |
| Abstrakt w j. polskim (max. 300 słów)  *Abstract in Polish* |  |
| Abstrakt w j. angielskim  *Abstract in English* |  |

Wypełniony formularz zgłoszenia prosimy przesłać drogą elektroniczną na adres: **mke2019@put.poznan.pl**

*Please send completed registration form to the following e-mail address:* [***mke2019@put.poznan.pl***](mailto:mke2019@put.poznan.pl)