

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH EEG BIOFEEDBACK

Imię:	Nazwisko:		
Adres:	Etap szkolenia: <input type="checkbox"/> Blok I <input type="checkbox"/> cz.1 <input type="checkbox"/> cz.2 <input type="checkbox"/> Blok II <input type="checkbox"/> cz.1 <input type="checkbox"/> cz.2		
Telefony:	e-mail:		
Miejsce pracy:			
Zawód:*			
<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Psychoterapeuta <input type="checkbox"/> Logopeda <input type="checkbox"/> Pedagog <input type="checkbox"/> Pedagog specjalny <input type="checkbox"/> Nauczyciel przedmiotowy (podać)..... <input type="checkbox"/> Nauczyciel akademicki			
Inny: .....			
Czy wykonuje Pan/Pani treningi BIOFEEDBACK?*		Ile treningów Pan/Pani wykonał(a)?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		.....	
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje? .....			
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG BIOFEEDBACK?*		Jeśli tak, w jakim ośrodku?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		.....	
Jakim poziomem warsztatów Pan/Pani jest zainteresowany: *			
<input type="checkbox"/> podstawowym <input type="checkbox"/> zaawansowanym			
Czy skorzysta Pan/Pani z proponowanego przez nas zakwaterowania? * (nocleg płatny przez uczestnika w hotelu)			
<input type="checkbox"/> TAK w pokoju 1 os. <input type="checkbox"/> TAK w pokoju 2 os. <input type="checkbox"/> NIE (210 zł/doba)                      (320 zł/doba)                      (we własnym zakresie)			
Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia		Podpis: .....	
Imię i nazwisko zgłaszającego: .....		Data zgłoszenia: .....	Podpis: .....
Dane do faktury: Nazwa: ..... Adres: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... NIP: .....			

\* wpisać „X” w odpowiednie pole

**Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie dla celów rekrutacyjnych Ośrodka AKSON.  
Nie będą udostępniane firmom ani osobom trzecim, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.**