

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA WARSZTATACH EMG DLA TECHNIKÓW

Imię:	Nazwisko:
Adres:	
Telefony:	e-mail:
Miejsce pracy:	
Zawód: .....	
Czy wykonuje Pan/Pani badania EMG?*	Ile badań Pan/Pani wykonał(a)? .....
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EMG?*	Jeśli tak, w jakim ośrodku?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jakim poziomem warsztatów jest Pan/Pani zainteresowany(a)? *	
<input type="checkbox"/> EMG - I blok <input type="checkbox"/> EMG - II blok <input type="checkbox"/> EMG - III blok	
Czy skorzysta Pan/Pani z proponowanego przez nas zakwaterowania? * (nocleg płatny przez uczestnika w hotelu)	
<input type="checkbox"/> TAK w pokoju 1 os. (210 zł/doba) <input type="checkbox"/> TAK w pokoju 2 os. (320 zł/doba) <input type="checkbox"/> NIE (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.**