

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH TMS

Imię:	Nazwisko:		
Adres:			
Telefony:		e-mail:	
Miejsce pracy:			
Zawód:* <input type="checkbox"/> neurolog <input type="checkbox"/> psychiatra <input type="checkbox"/> inny:			
Nr prawa wykonywania zawodu:			
Czy opisuje Pan/Pani badania EEG?*		Ile Pan/Pani opisał(a) badań?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje (ile kanałów)?			
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG?*		Jeśli tak, w jakim ośrodku i w jakim zakresie?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
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. (3205 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.