

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY TDCS ONLINE

Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefony:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Zawód:*		
<input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Psychoterapeuta <input type="checkbox"/> Logopeda <input type="checkbox"/> Pedagog <input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> Nauczyciel <input type="checkbox"/> Lekarz spec..... <input type="checkbox"/> Technik RTG/EEG/EMG		
Inny: .....		
Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia (wymagany podpis)	Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia (wymagany podpis)	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.