

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH EEG BIOFEEDBACK II STOPIEŃ

Imię:	Nazwisko:		
Adres:		Termin szkolenia:	
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		
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.**