

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU EEG-QEEG-EKG

Imię:	Nazwisko:	
Telefony:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Poziom szkolenia: <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> zaawansowany		
Termin szkolenia:		
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 (wymagany podpis)		Podpis:
.....	
Imię i nazwisko zgłaszającego:		Data zgłoszenia:
.....	
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.**