

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W WARSZTATACH Z MONTAŻU ELEKTROD

Imię:	Nazwisko:		
Adres:		Data szkolenia	
Telefony:		e-mail:	
Miejsce pracy:			
Zawód: .....			
Czy wykonuje Pan/Pani badania EEG?*		Ile Pan/Pani wykonał(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 wykonywania EEG ?*		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: .....	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.**