

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY TDCS W PRAKTYCE

Imię:	Nazwisko:	
Adres:		Data szkolenia:
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"/> Pedagog specjalny <input type="checkbox"/> Nauczyciel przedmiotowy (podać)..... <input type="checkbox"/> Lekarz spec..... <input type="checkbox"/> Nauczyciel akademicki		
Inny:		
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.