 

 **SZKOŁA DLA TERAPEUTÓW**

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

**Imię i nazwisko:** ........................................................................................................................

**Adres zamieszkania:** ................................................................................................................

**Miejsce pracy:** ..........................................................................................................................

**Adres zakładu pracy:** ...............................................................................................................

**Stanowisko:** ..............................................................................................................................

**Tel. kontaktowy:** .......................................................................................................................

**e-mail:** .......................................................................................................................................

**Rok uzyskania certyfikatu:** ......................................................................................................

**Jednostka wydająca certyfikat:** KBPN PARPA

**Miejsce szkolenia: Poznań**

**Oczekiwania względem szkolenia:** .........................................................................................

....................................................................................................................................................

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania na szkolenie zobowiązuje się do uczestnictwa w całości szkolenia. W przypadku rezygnacji ze szkolenia przed jego rozpoczęciem lub w trakcie jego trwania zobowiązuję się do pokrycia jego kosztów.

...................................................... .......................................................

**data czytelny podpis**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, do celów organizacji szkolenia „Szkoła dla terapeutów” przez Fundację PSYCHE zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

...................................................... .......................................................

**data czytelny podpis**