

Data szkolenia:		
Imię:		Nazwisko:
Adres:		Termin szkolenia:
Telefon:		e-mail:
Miejsce pracy:		
Zawód:*		
☐ Lekarz ☐ Psycholog ☐ Psychoterapeuta ☐ Logopeda		
☐ Pedagog ☐ Pedagog specjalny ☐ Nauczyciel przedmiotowy (podać).....		
☐ Nauczyciel akademicki		
Inny:		
Czy wykonuje Pan/Pani treningi BIOFEEDBACK?*		Ile treningów Pan/Pani wykonał(a)?
☐ TAK ☐ NIE		
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje?		
.....		
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG BIOFEEDBACK?*		Jeśli tak, w jakim ośrodku?
☐ TAK ☐ NIE		
Materiały szkoleniowe w wersji: ☐ on-line ☐ wydruk		
Dieta:		
☐ standard ☐ inna		
Imię i nazwisko zgłaszającego:		Data zgłoszenia:
.....		
Podpis:		
.....		
Dane do faktury:		
Nazwa:		
Adres:		
Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole