

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA DIAGNOSTYKA QEEG

Data szkolenia:	
Imię:	Nazwisko:
Adres:	
Telefony:	e-mail:
Miejsce pracy:	
Zawód:* ☐ neurolog ☐ psychiatra ☐ inny:	
Nr prawa wykonywania zawodu:	
Czy opisuje Pan/Pani badania EEG?*	
☐ TAK ☐ NIE	
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje (ile kanałów)?	
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG?*	Jeśli tak, w jakim ośrodku i w jakim zakresie?
☐ TAK ☐ NIE	
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:

Dane do faktury:

Nazwa:
.....
Adres:
Kod pocztowy:
Miejscowość:
NIP:

*wpisać „X” w odpowiednie pole