

Data szkolenia:		
Imię:		Nazwisko:
Telefon:		e-mail:
Miejsce pracy:		
Poziom szkolenia: ☐ podstawowy ☐ zaawansowany		
Termin szkolenia:		
Zawód: ☐ Lekarz ☐ Psycholog ☐ Psychoterapeuta ☐ Logopeda ☐ Pedagog ☐ Pedagog specjalny ☐ Nauczyciel przedmiotowy (podać)..... ☐ Nauczyciel akademicki		
Inny:		
Czy wykonuje Pan/Pani treningi BIOFEEDBACK? ☐ TAK ☐ NIE		Ile treningów Pan/Pani wykonał(a)?
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje?		
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG BIOFEEDBACK? ☐ TAK ☐ NIE		Jeśli tak, w jakim ośrodku?
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