

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWO W WARSZTATACH EEG DLA TECHNIKÓW

TERMIN SZKOLENIA:

Imię:	Nazwisko:
Adres:	
Telefon:	e-mail:
Miejsce pracy:	
Zawód:	
Czy wykonuje Pan/Pani badania EEG? ☐ TAK ☐ NIE	Ile Pan/Pani wykonał(a) badań?
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje (ile kanałów)?	
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu wykonywania EEG ? ☐ 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