

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NEUROANATOMIA OD PODSTAW ONLINE

Data szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Adres:		
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Zawód:* ☐ Psycholog ☐ Psychoterapeuta ☐ Logopeda ☐ Pedagog ☐ Fizjoterapeuta ☐ Nauczyciel ☐ Lekarz specj. ☐ Technik RTG/EEG/EMG		
Inny:		
Imię i nazwisko zgłaszającego:	Data zgłoszenia:	Podpis:
.....		
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na nagranie szkolenia online? ☐ TAK ☐ NIE		
Dane do faktury: Nazwa: Adres: Kod pocztowy: Miejscowość: NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole