

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W SZKOLENIU QEEG WARSZTATY PRAKTYCZNE

Data szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Miejscowość:	Data szkolenia:	
Telefon:	e-mail:	
Miejsce pracy:		
Na ilu punktach wykonuje Pan/Pani badanie QEEG?	Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje?	
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG BIOFEEDBACK?*	Jeśli tak, to <u>jaki stopień</u> i 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