

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TDCS

Data szkolenia:		
Imię:	Nazwisko:	
Adres:		Termin szkolenia:
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:
.....		
Materiały szkoleniowe w wersji: ☐ on-line ☐ wydruk		
Dieta: ☐ standard ☐ inna		
Dane do faktury: Nazwa: Adres: Kod pocztowy: Miejscowość: NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole