

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

EEG BIOFEEDBACK STOPIEŃ I

Termin szkolenia:		
Imię:		Nazwisko:
Adres zamieszkania:		
Telefon:		E-mail:
Miejsce pracy:		
Zawód:*		
☐ Lekarz ☐ Psycholog ☐ Psychoterapeuta ☐ Logopeda		
☐ Pedagog ☐ Pedagog specjalny ☐ Nauczyciel przedmiotowy (podać).....		
☐ Nauczyciel akademicki		
Inny:		
Czy wykonuje Pan/Pani treningi BIOFEEDBACK?*		Ile treningów Pan/Pani wykonał(a)?
☐ TAK ☐ NIE		
Na jakim aparacie Pan/Pani pracuje?		
.....		
Czy Pan/Pani odbył(a) już szkolenie z zakresu EEG BIOFEEDBACK?*		Jeśli tak, w jakim ośrodku?
☐ TAK ☐ NIE		
Szkolenie opłacone w ramach zakupu sprzętu ELMIKO: ☐ TAK* ☐ NIE		
* Imię i nazwisko Handlowca ELMIKO:		
Dieta:		
☐ standard ☐ wegetariańska ☐ inna		
Imię i nazwisko zgłaszającego:		Data zgłoszenia:
.....		
Podpis:		
.....		
Dane do faktury:		
Nazwa:		
Adres:		
Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
NIP:		

* wpisać „X” w odpowiednie pole