**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

| **Imię i nazwisko** |  |
| --- | --- |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **E-mail** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Status zawodowy** (np. psychoterapeuta/psycholog/psychiatra/  student/uczestnik całościowego kursu psychoterapii) |  |
| **Jeśli osoba jest uczestnikiem kursu psychoterapii**  **to proszę podać, w którym Pan/Pani**  **uczestniczy** |  |
| **Wysokość wnoszonej opłaty konferencyjnej** |  |
| **Przynależność do organizacji**  **zawodowych** |  |
| **Miejsce pracy i staż pracy** |  |
| **Wybrany warsztat lub sesja tematyczna** (proszę wybrać dwa warsztaty w sobotę  i niedzielę wg. preferencji) | 1. Sobota: a) b) 2. Niedziela:  a) b) |
| **Dane do faktury (nazwa, adres, NIP)** |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich  wyżej podanych danych do celów organizacyjnych  i rozliczeniowych związanych z konferencją. | …………………………………………  (podpis) |