**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 sobotęi niedzielę wg. preferencji) | 1. Sobota:a)b)
2. Niedziela: a)b)
 |
| **Dane do faktury (nazwa, adres, NIP)**    |    |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moichwyżej podanych danych do celów organizacyjnychi rozliczeniowych związanych z konferencją.  |   …………………………………………(podpis) |