

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)