**Formularz zgłoszeniowy**

***„ZABURZENIA PROCESÓW KOMUNIKACJI U PACJENTÓW***

***Z OGNISKOWYMI USZKODZENIAMI***

***LEWEJ I PRAWEJ PÓŁKULI MÓZGU”***

***Termin:*** 08-10.01.2016

***Miejsce:*** Sanatorium MSW w Sopocie, ul. Bitwy pod Płowcami 63/65, 81-731 Sopot

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefon** |  |
| **Kod i miejscowość** |  |
| **Adres** |  |
| **Województwo** |  |
| **Wykształcenie** |  |
| **Zawód\*:** | **Staż pracy/rok studiów** |
| psycholog |  |
| lekarz ………………….. (proszę podać specjalność) |  |
| logopeda |  |
| student psychologii  student logopedii |  |
| inna specjalność ……………………..  (proszę podać jaka) |  |
| **Doświadczenie kliniczne**:  (proszę podać ile lat) |  |
| **Uczelnia** | - rok ukończenia…………….  - studenci podają obecny rok studiów …………… |
| **Miejsce pracy:**  **nazwa, adres, miejscowość, województwo** |  |
| **Faktura\*** | Tak  Nie |
| **Dane do faktury** |  |
| **Dane do wpłaty:**  Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał Kuchczyński  Ul. M. Skłodowskiej-Curie 7m1  81-703 Sopot  Nr rachunku: 63 1140 2004 0000 3102 3969 6462  Kwota 450,00 zł  ***W tytule przelewu proszę zamieścić: imię i nazwisko, tytuł szkolenia, termin szkolenia*** | |

\* właściwe zakreślić …… miejsca wykropkowane proszę uzupełnić

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, że administratorem danych osobowych jest Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał Kuchczyński z siedzibą w Sopocie przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7/1 (zwane dalej SCTPB). Dane w powyższym zakresie przetwarzane będą przez SCTPB w celu realizacji szkolenia. Informujemy, że ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie tych danych jest dobrowolne.   |  |  | | --- | --- | |  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszenia dla potrzeb realizacji szkolenia. | |  | Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez SCTPB, zarówno drogą poczty elektronicznej jak również listowej, informacji o szkoleniach, seminariach, konferencjach organizowanych przez Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał Kuchczyński. |   ……………………………………..  Data i podpis uczestnika |
|  |

**Wypełniony i podpisany formularz proszę przesłać w formie skanu na adres:**

[**michal@terapiasopot-sctpb.pl**](mailto:michal@terapiasopot-sctpb.pl)

***Ilość miejsc jest ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń i wpłat.***

***Warunkiem uczestnictwa jest uiszczenie opłaty.***

***Opłaty za kurs należy dokonać w ciągu 7 dni od daty potwierdzenia rezerwacji miejsca na szkoleniu. W przypadku nie dokonania opłaty w ciągu 7 dni rezerwacja zostaje anulowana.***

Niniejszy formularz jest podstawą do wystawienia faktury. Faktura będzie mogła być wystawiona zgodnie z danymi umieszczonymi w formularzu rejestracyjnym. Nie ma możliwości późniejszej zmiany danych do faktury.

Opłata wniesiona za udział w szkoleniu podlega zwrotowi w przypadku

rezygnacji przez uczestnika z zajęć, złożonej na piśmie na 14 dni przed ich

rozpoczęciem.

Uczestnikowi przysługuje zwrot wniesionych opłat w wysokości 50%, jeżeli

rezygnacja dokonana jest pisemnie na 7 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia wybranego szkolenia.

Uczestnikowi nie przysługuje zwrot wniesionych opłat w momencie rezygnacji

z uczestnictwa w zajęciach po ich rozpoczęciu.

Nieobecność na poszczególnych zajęciach nie zwalnia uczestnika z części opłaty za

Wybrane szkolenie.

Organizator zastrzega sobie prawo odwołania szkolenia na 7 dni przed ich planowanym rozpoczęciem. Uczestnikom przysługuje w takiej sytuacji zwrot wniesionych wcześniej wpłat wysokości 100%.