

Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej

Michał Kuchczyński

81-703 Sopot; ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7/1, tel. kom. 604 858 808;

e-mail: michal@terapiasopot-sctpb.pl, www.terapiasopot-sctpb.pl

Formularz zgłoszeniowy

NEUROPSYCHOLOGIA W PSYCHIATRII

kurs online dla psychologów i lekarzy

Termin: 05-09.11.2020 r.

Miejsce: online

Prowadzący: dr hab. n. społ. Dariusz Wieczorek, dr hab. n. o zdr. Emilia Sitek,
mgr Marta Kuklińska

Harmonogram zajęć: Szkolenie trwa 23 godzin dydaktycznych (1 godz. =45 min)

Nazwisko:	Imię:
Telefon:	e-mail:
Kod i miejscowość:	Adres:
Zawód*: <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> lekarz (proszę podać specjalność): <input type="checkbox"/> logopeda <input type="checkbox"/> student (proszę podać kierunek studiów): <input type="checkbox"/> inna specjalność (proszę podać jaka)	
Doświadczenie kliniczne: (proszę podać ile lat)	Uczelnia, Rok studiów (proszę podać):
Faktura* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Dane do faktury:
<u>Dane do wpłaty:</u> 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 **460,00 zł**

W tytule przelewu proszę zamieścić: imię i nazwisko, tytuł szkolenia

* właściwie 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 i przechowywane zgodnie z przepisami obowiązującego prawa. 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 na adres:

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.

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.

Informację o rezygnacji z udziału należy potwierdzić pisemnie.

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