

# 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](mailto:michal@terapiasopot-sctpb.pl), [www.terapiasopot-sctpb.pl](http://www.terapiasopot-sctpb.pl)

## Formularz zgłoszeniowy

### **PRZYŁÓŻKOWA OCENA FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO**

*Kurs online dla psychologów, studentów psychologii oraz neurologopedów*

**Termin: 22-26.10.2020**

**Miejsce:** online

**Prowadzący:** dr hab. n. społ. Dariusz Wieczorek i dr hab. n. o zdr. Emilia Sitek

**Harmonogram zajęć:** Szkolenie trwa 26 godzin dydaktycznych (1 godz. =45 min)

<b>Nazwisko:</b>	<b>Imię:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>e-mail:</b>
<b>Kod i miejscowość:</b>	<b>Adres:</b>
<b>Zawód*:</b> <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)	
<b>Doświadczenie kliniczne:</b> (proszę podać ile lat)	<b>Uczelnia, Rok studiów</b> (proszę podać):
<b>Faktura*</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<b>Dane do faktury:</b>
<b><u>Dane do wpłaty:</u></b> Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał Kuchczyński Ul. M. Skłodowskiej-Curie 7m1 81-703 Sopot Nr rachunku: <b>63 1140 2004 0000 3102 3969 6462</b>	

Kwota **480,00 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 Sopotckie 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 Sopotckie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał Kuchczyński.

.....  
Data i podpis uczestnika

**Wypełniony i podpisany formularz proszę przesłać 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.**

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%.