**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](http://www.terapiasopot-sctpb.pl)

**Formularz zgłoszeniowy**

**ZABURZENIA FUNKCJI WYKONAWCZYCH**

**PO USZKODZENIACH MÓZGU:**

**TEORIA-DIAGNOSTYKA-TERAPIA**

*kurs dla psychologów i studentów psychologii*

**Termin**: 26-29 września 2024

**Miejsce:** kurs online

**Prowadzący:** dr hab. n. społ. Dariusz Wieczorek, mgr Rafał Sikorski

**Harmonogram zajęć:** 23 godziny dydaktyczne (1 godz. =45 min)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **Nazwisko:** | **Imię:** |
| **Telefon:** | **e-mail:** |
| **Kod i miejscowość:** | **Adres:** |
| **Zawód\*:** psycholog  lekarz (proszę podać specjalność): logopeda student (proszę podać kierunek studiów): inna specjalność (proszę podać jaka) |  |
| **Doświadczenie kliniczne**: (proszę podać ile lat) | **Uczelnia, Rok studiów** (proszę podać): |
| **Faktura\*** **Tak** **Nie** | **Dane do faktury:** |
| **Dane do wpłaty:** Sopockie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej Michał KuchczyńskiUl. M. Skłodowskiej-Curie 7m181-703 SopotNr rachunku: **63 1140 2004 0000 3102 3969 6462**Kwota **575,00 zł** W tytule przelewu proszę zamieścić: imię i nazwisko, tytuł 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 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%.