

Ankieta zgłoszeniowa na akredytowany Kurs Psychoterapii

| | |
|--|--|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| Data urodzenia | |
| Dane kontaktowe | |
| Ulica | |
| Nr mieszkania/domu | |
| Miejscowość | |
| Kod pocztowy | |
| Poczta | |
| Telefon | |
| E-mail | |
| Wykształcenie, doświadczenie zawodowe | |
| Ukończony kierunek studiów | |
| Stopień zawodowy/naukowy | |
| Specjalizacja/studia podyplomowe | |
| Zawód wykonywany | |
| Staż pracy | |
| Doświadczenia zakresu prowadzenia psychoterapii | |
| Odbyte szkolenia z psychoterapii (czas, miejsce i zagadnienia) | |
| Uczestnictwo w superwizji indywidualnej lub grupowej (ilość godzin, modalność) | |



| | | |
|---|-----|-----|
| terapeutyczna) | | |
| Self-experience (ilość godzin, forma) | | |
| Dane do wystawienia rachunku | | |
| Czy chcę otrzymać rachunek? | TAK | NIE |
| Imię, nazwisko/instytucja | | |
| NIP | | |
| Dokładny adres z kodem pocztowym | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszenia dla potrzeb realizacji szkolenia. | TAK | |
| Wyrażam zgodę na przesyłanie mi zarówno drogą poczty elektronicznej jak również listowej, informacji o szkoleniach, seminariach, konferencjach. | TAK | NIE |

