

## Ankieta zgłoszeniowa na akredytowany Kurs Psychoterapii

Imię	
Nazwisko	
<b>Dane kontaktowe</b>	
Ulica	
Nr mieszkania/domu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Poczta	
Telefon	
E-mail	
<b>Wykształcenie, doświadczenie zawodowe</b>	
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)		
<b>Dane do wystawienia rachunku</b>		
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

