

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

Edycja I:

Termin Edycji:

Cena:

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres do korespondencji:

Pesel:

Adres mail:

Telefon komórkowy:

Miejsce pracy:

Stanowisko:

DANE PŁATNIKA

Nazwa firmy:

Ulica i numer:

Kod pocztowy, miasto:

NIP:

Zgadzam się na gromadzenie, przetwarzanie oraz wykorzystanie podanych informacji w celu przygotowania oraz przeprowadzenia zajęć zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn 29.08.1997r. (Dz.U. nr 133 z 1997r.)

Niniejszy formularz stanowi zgłoszenie udziału w szkoleniu. Prosimy o dokonanie wpłaty na konto:

Polskie Stowarzyszenie Psychologów i Terapeutów 04 1020 3408 0000 41 02 0142 6063