

ZGŁOSZENIE

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	
email	
telefon	
DANE ADRESOWE	
ulica	
miejsowość	
kod pocztowy	

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem organizacji Szkoleń stacjonarnych oraz akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Terapia Funkcjonalna Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 02-777, ul. Cynamonowa, dla celów realizacji Szkolenia stacjonarnego, w zgodzie i według zasad określonych w Polityce prywatności.

Oświadczam, iż posiadam niezbędne wykształcenie kierunkowe, które jednocześnie potwierdzam dołączonym do zgłoszenia dyplomem / zaświadczeniem.

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis Uczestnika szkolenia