

**Centrum Logopedyczne – Niepubliczna Placówka Doskonalenia Kadr**

40-781 Katowice

ul. Koszykowa 11A lok. 1

+48 606 378 408

[szkolenia@centrumlogopedyczne.com.pl](mailto:szkolenia@centrumlogopedyczne.com.pl)**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA SZKOLENIA**

TYTUŁ WARSZTATU	<i>Palin PCI – Terapia interakcyjna rodzic-dziecko dla jąkających się dzieci w wieku do lat 7. Praktyczna interwencja w jękaniiu wczesnodziecięcym</i>
MIEJSCE, TERMIN	<b>19–20–21 maja 2017 roku (piątek–sobota–niedziela)</b>
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA*	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
MIEJSCE PRACY	
ZAWÓD	
STOPIEŃ NAUKOWY	

**DANE DO FATURY – WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY KONIECZNE JEST JEJ WYSTAWIENIE**

NAZWA INSTYTUCJI LUB IMIĘ I NAZWISKO*	
ADRES INSTYTUCJI LUB ADRES PRYWATNY*	
NIP	

**\*Prosimy wypełniać drukowanymi literami**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wysyłanie na mój adres drogą elektroniczną informacji przez Centrum Logopedyczne w Katowicach. Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z ustawą o Ochronie Danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz.U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zmianami). Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie wglądu i korekty oraz prawie rezygnacji z otrzymywania informacji drogą elektroniczną poprzez wysłanie korekty lub rezygnacji na adres Centrum Logopedycznego w Katowicach.

W przypadku rezygnacji z udziału w szkoleniu w terminie krótszym niż 14 dni organizator zwraca 50 % wpłaconej kwoty. Akceptuję warunki finansowe uczestnictwa w szkoleniu.

.....

.....

**Miejscowość, data****Czytelny podpis**