

KARTA ZGŁOSZENIA

Szkolenie dla psychoterapeutów:

Metoda leczenia zaburzeń afektywnych u osób, które doświadczyły traumy w dzieciństwie

Imię nazwisko, tytuł naukowy	
Numer telefonu	
Adres email	
Staż kliniczny w pracy psychoterapeuty Liczba lat pracy Rodzaj miejsca praktyki: (gab. prywatny , jednostka służby zdrowia, inne jakie)	
Posiadam certyfikat psychoterapeuty	TAK / NIE niepotrzebne skreślić
Główna modalność psychoterapeutyczna	
Oświadczam, że swoją pracę psychoterapeutyczną poddaję stałej superwizji	TAK / NIE niepotrzebne skreślić
Oświadczam, że zobowiązuję się opłacić koszt szkolenia 2400zł w terminie nieprzekraczalnym do dnia 18.04.2020r	TAK / NIE niepotrzebne skreślić
Nr konta do wpłat. W tytule proszę podać swoje imię i nazwisko i kod: LT	Centrum psychoedukacji i terapii Piotr Domaradzki 33 1020 1390 0000 6502 0613 9424
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w celu i na czas przeprowadzenia rekrutacji do szkolenia: Metoda leczenia zaburzeń afektywnych u osób, które doświadczyły traumy w dzieciństwie Brak zgody uniemożliwi udział w szkoleniu	TAK / NIE niepotrzebne skreślić Data: Podpis: