

Zgłaszam swój udział w szkoleniu „Dialog Motywujący w pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem uzależnionym” - I Edycja szkolenia, które rozpoczyna się 09.09.2017r.

DANE Słuchacza:

1. Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania:
  - a. kod pocztowy i miejscowość: \_\_\_\_\_
  - b. ulica i numer domu: \_\_\_\_\_
4. Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Telefon – stacjonarny: \_\_\_\_\_ - komórkowy \_\_\_\_\_
6. Adres e-mail \_\_\_\_\_
7. Zatrudnienie (w tym staż w lecznictwie odwykowym): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Pełniona funkcja: \_\_\_\_\_
9. Zakres kompetencji na zajmowanym stanowisku: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Wykształcenie: \_\_\_\_\_
11. Nazwa szkoły: \_\_\_\_\_

12. Wydział, kierunek studiów, specjalność: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Dodatkowe kwalifikacje potwierdzone dyplomem bądź certyfikatem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Skąd dowiedziałas/ęś się o Szkoleniu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w bazie danych Fundacji Vis Salutis z siedzibą w Łodzi do celów korespondencyjnych, informowania o ofercie edukacyjnej teraz i w przyszłości (zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 1997 roku o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133 poz. 883). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

Data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_