**PROSZĘ UZUPEŁNIĆ POLA OBOWIĄZKOWE**

**Nazwa szkolenia:** *(pole obowiązkowe, proszę wpisać nazwę szkolenia)*

**Miejsce:** *(pole obowiązkowe, proszę wpisać miejscowość szkolenia)*

**Data rozpoczęcia:** *(pole obowiązkowe, proszę wpisać miejscowość szkolenia)*

**Data zakończenia:** *(pole obowiązkowe, proszę wpisać miejscowość szkolenia)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko\*** *(pole obowiązkowe)* |  |
| **Data urodzenia** *(pole obowiązkowe do wydania zaświadczenia o ukończeniu kursu)* | **Miejsce urodzenia** *(pole obowiązkowe do wydania zaświadczenia o ukończeniu kursu )* | **PESEL** *(pole obowiązkowe do wydania zaświadczenia o ukończeniu kursu )* |
| **Czy posiada Pan/i dyplom ukończenia studiów wyższych? \****(pole obowiązkowe)* | ☐ TAK ☐ NIEJeżeli TAK: prosimy przesłać skan dokumentu. |
| **Adres zamieszkania** **(ulica, kod, miasto)** |  |
| **Numer telefonu\*** **(z nr kierunkowym)** *(pole obowiązkowe)* |  |
| **E-mail\****(pole obowiązkowe, proszę wpisać miejscowość szkolenia)* |  |
| Firma |  |
| Stanowisko |  |
| Adres firmy (ulica, kod, miasto) |  |
| E-mail firmowy |  |
| Skąd dowiedziałaś/eś się o szkoleniu | Proszę kliknąć na tekst i wybrać opcję: |

 **Czy wystawić fakturę VAT? ☐ TAK ☐ NIE**Wybierz element.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |
| Adres firmy (ulica, kod, miasto) |  |
| NIP |  |

|  |
| --- |
| **3 możliwości przesłania formularza zgłoszeniowego:** |
| pocztą: Biomed Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii, al. Armii Krajowej 2/13, 50-541 Wrocław | e-mailem: szkolenia@biomed.org.pl | Faksem: (71) 336-10-36 wew. 5 |
| **Opłata** |
| Proszę przesłać zgodnie z Regulaminem dotyczącym wybranego szkolenia wg § 2 pkt 7a na podane konto**: mBank 23 1140 2017 0000 4002 0682 3217** |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA (PROSIMY ZAZNACZYĆ PONIŻSZE POLA):**

☐ \* Zapoznałem się z regulaminem kursów i akceptuję warunki uczestnictwa w kursie.

☐ \* Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Grupę BIOMED tj. Biomed Neurotechnologie sp. z o.o. sp. k. Al. Armii Krajowej 2/7 50-541 Wrocław oraz firmę szkoleniową Biomed Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii Robert Kozłowski Al. Armii Krajowej 2/13 50-541 Wrocław, działających pod wspólnym kontaktowym adresem e-mail: centrum@biomed.org.pl

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu w celach marketingowych (przesyłania informacji nt. metod i narzędzi terapeutycznych oraz oferowanych przez nas szkoleń ) przez Grupę BIOMED tj. Biomed Neurotechnologie sp. z o.o. sp. k. Al. Armii Krajowej 2/7 50-541 Wrocław oraz firmę szkoleniową Biomed Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii Robert Kozłowski Al. Armii Krajowej 2/13 50-541 Wrocław, adres e-mail: centrum@biomed.org.pl

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji marketingowych i handlowych (mailingi, newsletter) drogą elektroniczną na podany powyżej adres poczty elektronicznej, wysyłanych przez Grupę BIOMED tj. Biomed Neurotechnologie sp. z o.o. sp. k. Al. Armii Krajowej 2/7 50-541 Wrocław oraz firmę szkoleniową Biomed Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii Robert Kozłowski Al. Armii Krajowej 2/13 50-541 Wrocław, adres e-mail: centrum@biomed.org.pl.

\* Pole obligatoryjne do kontaktu

Data

Podpis .................................................................