|  |
| --- |
| **Centrum Logopedyczne – Niepubliczna Placówka Doskonalenia Kadr**40-781 Katowice ul. Koszykowa 11A lok. 1+48 606 378 408szkolenia@centrumlogopedyczne.com.pl**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA WARSZTATÓW** |
| Tytuł Warsztatów |  |
| Miejsce, termin |  |
| Imię i nazwisko uczestnika\* |  |
| **d**ata i miejsce urodzenia\* |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Miejsce pracy |  |
| Zawód |  |
| Stopień naukowy |  |

**DANE DO FATURY**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**