|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centrum Logopedyczne – Niepubliczna Placówka Doskonalenia Kadr**  40-781 Katowice  ul. Koszykowa 11A lok. 1  +48 798 745 774  [www.centrumlogopedyczne.com.pl](http://www.centrumlogopedyczne.com.pl)  [szkolenia@centrumlogopedyczne.com.pl](mailto:szkolenia@centrumlogopedyczne.com.pl)  **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA WARSZTATÓW** | | |
| Tytuł Warsztatów |  |
| Miejsce, termin |  |
| Imię i nazwisko uczestnika\* |  |
| data i miejsce urodzenia\* |  |
| 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 Niepubliczną Placówkę Doskonalenia Kadr w Katowicach. Dane osobowe będą przetwarzane i podlegają ochronie na podstawie art. 6 ust. 1 pkt Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. 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**