

Zgłaszam udział w roku akademickim 20...../20..... w szkoleniu:

Psychodynamiczne Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży ETAP ZAAWANSOWANY

 Kraków* Bydgoszcz* Gdańsk* Poznań*

* Jeżeli ilość osób zainteresowanych szkoleniem przekroczy możliwości techniczno-warsztatowe w wybranym miejscu, KCP zastrzega sobie możliwość zapropionowania innego miasta.

Imię i nazwisko:		Pesel:	
Adres zamieszkania:		Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):	
Dane do faktury (jeśli inne niż powyżej):	Nazwa:		NIP:
	Adres:		
E-mail:		Telefon:	
Nazwa uczelni:			
Wydział, specjalność:			
Tytuł zawodowy:			
Rok ukończenia:			
Zawód wykonywany:			
Miejsce pracy / stanowisko /rodzaj wykonywanej pracy:			
Dotychczasowe szkolenia, temat, kto prowadził:			
Staże zawodowe:			

- Potwierdzam zaznajomienie się z treścią [Polityki Prywatności](#) (dostępnej na stronie www.kcp.com.pl) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krakowskie Centrum Psychodynamiczne s.c. dla celów prawidłowego realizowania zobowiązań i uprawnień wynikających ze zgłoszenia przeze mnie chęci uczestnictwa w Szkoleniu.
- Akceptuję [Regulamin Studium](#) wraz z załącznikiem nr 1 - [Pouczenie o prawie odstąpienia od umowy](#) oraz załącznikiem nr 2 – [Formularz odstąpienia od umowy](#). Dokumenty dostępne na stronie www.kcp.com.pl.