****

 **Karta Zgłoszenia**

 **Pierwsza część szkolenia EMDR**

**Zgłaszam swoje uczestnictwo w szkoleniu EMDR, mającym odbyć się**

**w Warszawie, w terminie 21-22, 24-25.10.2020**

**Imię i nazwisko**: ..........................................................................**Data zgłoszenia**…………………..

**Wykształcenie**: Psycholog

 Psychiatra

 Inne (jakie)

**Ukończone szkoły/szkolenia w innych podejściach terapeutycznych:** ……………….…………..

………………………………………………………………………………………….……………...

**Doświadczenia kliniczne**: …………………………………………………………………………....

**Dane kontaktowe :**

**Adres do korespondencji**: ...................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

**Adres poczty elektronicznej**: ...............................................................................................................

**Numer telefonu**: ...................................................................................................................................

**Wykonywany zawód/miejsce zatrudnienia**: ......................................................................................

……………………………………………………………..…………………………………………..

**Dane do faktury**: …………………………………………….............................................................

………………………………………………………………………………………...……………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszenia dla potrzeb realizacji wybranego przeze mnie szkolenia.

**…………………………………………**

 **PODPIS**