

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

Psychodynamiczne Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży

ETAP WSTĘPNY

Miejsce szkolenia: Bydgoszcz*

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

Imię i nazwisko:		Wiek:
E-mail:		Telefon:
Adres do korespondencji (<i>ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość</i>):		
Dane do faktury (jeśli są inne niż powyżej):	Nazwa:	NIP:
	Adres:	

Doświadczenie zawodowe:

Wkształcenie / zawód:
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.