



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Proszę wypełnić, zeskanować i odesłać na adres szkolenia@maxhemp.pl

Imię i nazwisko:

Wykształcenie:

Zawód/miejsce pracy:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Termin szkolenia:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> sobota 17.11 | <input type="radio"/> sobota 24.11 |
| <input type="radio"/> niedziela 18.11 | <input type="radio"/> niedziela 25.11 |

Płatność:

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> z góry – przedpłata na konto | <input type="radio"/> z dołu – wymagana zaliczka 200zł |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

O szkoleniu wiem:

- | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> z Facebooka | <input type="radio"/> z prasy |
| <input type="radio"/> ze strony internetowej | <input type="radio"/> od znajomych |
| <input type="radio"/> z zaproszenia bezpośredniego | <input type="radio"/> inne: |

Terapia w oparciu o kannabinoidy:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> jest mi znana - potrzebuję uzupełnić wiedzę | <input type="radio"/> jest mi obca – potrzebuję nabyć wiedzę |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926, z późn. zm.). Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że: 1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Terapeutyczne Max Hemp z siedzibą w Jędrzychowice 25, 57-120 Wiązów. 2. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji szkolenia, ewaluacji i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez Centrum Terapeutyczne Max Hemp 3. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w szkoleniu; 4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz żądania usunięcia.

.....
(Data i podpis Uczestnika)