|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WARSZTAT I. PODSTAWOWY **WPROWADZENIE  DO REGULACJI** |  | **WARSZTAT II. ROZWIJAJĄCY** POWIĘŹ, MIĘŚNIE  KOŚCI |  | | **WARSZTAT III. ROZWIJAJĄCY   TRAUMA ROZWOJOWA  I PRZYTŁACZAJĄCE EMOCJE** |  | **WARSZTAT IV. ROZWIJAJĄCY** DALSZA PRACA NA TRZEWIACH ORAZ  UKŁAD ENDOKRYNNY |  |
| imię: | | | |  | | | | |
| nazwisko: | | | |  | | | | |
| adres mailowy: | | | |  | | | | |
| numer telefonu kontaktowego: | | | |  | | | | |
| adres do korespondencji: | | | |  | | | | |
| proszę Panią/Pana o podanie rodzaju wykształcenia: | | | |  | | | | |
| Jaki rodzaj pracy terapeutycznej Pan/Pani wykonuje ? | | | |  | | | | |
| Czy jest Pan/Pani praktykiem, studentem( którego roku) szkolenia z Somatic Experiencing | | | |  | | | | |
| Czy posiada Pan/Pani praktyczne doświadczenie w zakresie pracy terapeutycznej z ciałem ? (Proszę je krótko opisać) | | | |  | | | | |
| Jeśli potrzebuje Pan/Pani fakturę za udział w szkoleniu, prosimy o podanie danych rejestrowych nabywcy (nazwa, adres, NIP).: | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zgody \* zakreśl odpowiedź** | |
| **Zgoda na przetwarzanie danych:** | TAK |
| **Zgoda na przetwarzanie promocja:** | Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą mailową informacji o ofercie szkoleniowej przez Polskie Stowarzyszenie Somatic Experiencing  TAK |
| **Ochrona danych osobowych -** administratorem danych będzie Polskie Stowarzyszenie Somatic Experiencing  Dane te nie będą udostępniane innym podmiotom . | |

Data i podpis