|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ExperiencingDane te nie będą udostępniane innym podmiotom . |

Data i podpis