



TROMED TRAINING

program szkoleniowy

Formularz zgłoszeniowy na szkolenie w dniu **11.06.2016**

Logopedia w pracy z pacjentem

Formularz zgłoszeniowy prosimy przesać najpóźniej 10 dni przed terminem szkolenia:

- faksem : 42 684 32 02
- mailowo: szkolenia@tromed.pl

Opłatę za szkolenie prosimy wpłacać na numer konta: **68 1440 1231 0000 0000 1207 9273**.

W tytule przelewu prosimy o podanie imienia i nazwiska uczestnika oraz nazwy szkolenia.

nazwisko i imię	
stanowisko	
nazwa miejsca pracy	
adres miejsca pracy	
telefon kontaktowy	
e-mail kontaktowy	

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, niezbędnych dla celów związanych z realizacją szkolenia przez TROMED Zaopatrzenie Medyczne.
2. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Szkoleń organizowanych i przeprowadzanych przez TROMED Zaopatrzenie Medyczne oraz akceptuję jego postanowienia w całości.
3. chcę* / nie chcę* otrzymywać informacje o innych szkoleniach, prezentacjach itp. organizowanych przez TROMED Zaopatrzenie Medyczne.

*zaznaczyć właściwe

.....
podpis uczestnika