**POLSKI INSTYTUT ERICKSONOWSKI**

Plac Rodła 8, 70-419 Szczecin

Tel. +48 91 81 999 85,

magdalena.dabska@psyche.szczecin.pl

psyche.szczecin.pl

**Formularz zgłoszeniowy dla Całościowego Szkolenia z Terapii Ericksonowskiej**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wykształcenie i doświadczenie:**

Stopień naukowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specjalizacja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doświadczenie zawodowe w dziedzinie terapii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motywacja:**

Dlaczego chce Pani/Pan uczestniczyć w Całościowym Szkoleniu z Terapii Ericksonowskiej? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oczekiwania:**

Czego oczekuje Pani/Pan po ukończeniu szkolenia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacje dodatkowe:**

Czy posiada Pani/Pan jakieś dodatkowe umiejętności lub doświadczenie, które mogą być przydatne w kontekście szkolenia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wypełniony Formularz prosimy przesłać na podany adres mailowy: magdalena.dabska@psyche.szczecin.pl

**Ważna informacja:** formularz zgłoszeniowy jest niezbędny do przyjęcia uczestnika na szkolenie po akceptacji przez kierownika kursu. Harmonogram i ceny kursu zostaną ogłoszone w czerwcu