**Licencjonowane Szkolenia Tre®**

Plac Rodła 8, 70-419 Szczecin

Tel. +48 91 81 999 85,

magdalena.dabska@psyche.szczecin.pl

psyche.szczecin.pl

**Formularz zgłoszeniowy dla Licencjonowanego Szkolenia Tre®:**

**Dane osobowe:**

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

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

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

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

**Wykształcenie i doświadczenie:**

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

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

Doświadczenie zawodowe w dziedzinie pracy z ciałem i umysłem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motywacja:**

Dlaczego chce Pani/Pan uczestniczyć w Licencjonowanym Szkoleniu Tre®? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oczekiwania:**

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

**Kwalifikacje:**

Czy posiada Pani/Pan jakieś kwalifikacje w dziedzinie terapii, pracy z ciałem, medytacji lub innym pokrewnym obszarze? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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](mailto:magdalena.dabska@psyche.szczecin.pl)

**Ważna informacja:** formularz zgłoszeniowy jest niezbędny do przyjęcia uczestnika na szkolenie po akceptacji przez kierownika kursu.

**ANKIETA**

IMIĘ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAZWISKO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA UR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KOD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MIASTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zawód wyuczony \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zawód wykonywany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skąd info o TRE® (i szkoleniu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Od kiedy praktykujesz TRE® \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czy korzystasz z TRE® Providera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F A K T U R A**

Nazwa firmy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres firmy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kod \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miasto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 17 grudnia 2010 w sprawie przesyłania faktur w formie elektronicznej, zasad ich przechowywania oraz trybu udostępniania organowi podatkowemu lub organowi kontroli skarbowej (Dz. U. 2010 nr 249 poz. 1661) wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, w formie elektronicznej przez**

**[NAZWA FIRMY].**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Przeciwwskazania do TRE®**

Zaburzenia: ciśnienia krwi, pracy serca (arytmia, rozrusznik, operacje); ograniczenia fizyczne i fizjologiczne: złamania kości, nadwyrężenia i skręcenia stawów, stany pooperacyjne;

Niestabilności kręgosłupa, która dają objawy bólowe;

Hypo- / hiperglikemia, padaczka, ciąża;

Schorzenia psychiatryczne leczone farmakologicznie: psychozy, głęboka depresja, schizofrenia.

**Nie mam przeciwwskazań**

**Jeśli nie masz przeciwwskazań, ale twój stan zdrowia wymaga uważności, napisz o co chodzi**

[OPISZ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z przeciwwskazaniami do stosowania TRE® i poinformuję Organizatora szkolenia o wszelkich zmianach w stanie zdrowia. Rozumiem, że na zajęciach nie otrzymam diagnozy ani zabiegów medycznych. Informacje, jakie otrzymam, będą miały charakter wyłącznie edukacyjny a ich celem będzie podniesienie stanu mojej świadomości. Przyjmuję też do wiadomości, że Organizator nie ponosi odpowiedzialności za moje nieuprawnione stosowanie TRE® w stosunku do osób trzecich oraz fakt, że pełne szkolenie uprawniające mnie do pracy z TRE® kończy się uzyskaniem certyfikatu.**

[TAK]

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje udostępnione zostaną jedynie Nauczycielowi prowadzącemu szkolenie, a ich administratorem jest [NAZWA FIRMY] zgodnie z zasadami RODO.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Tak]

**Niniejszym potwierdzam, że zostałem poinformowana/y, iż wyłączne prawa do posługiwania się znakiem TRE® i stosowania metody TRE® przysługują TRE®, LLC & Dr. Berceli, a wykorzystywanie metody TRE® przez inne osoby wymaga odpowiedniego merytorycznego przygotowania i praktyki, które powinny zostać potwierdzone stosownym certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną przez TRE®, LLC & Dr. Berceli. Naruszenie praw TRE®, LLC & Dr. Berceli może skutkować powstaniem roszczeń m.in. odszkodowawczych. Mając powyższe na uwadze, zobowiązuję się do niepodejmowania działań, które byłyby sprzeczne z powszechnie obowiązującym prawem, a które mogłyby prowadzić do naruszenia prawa do znaku TRE®, a także działań polegających na stosowaniu metody TRE® - w jakiejkolwiek formie (warsztaty, sesje, zajęcia grupowe itp.) i celu - bez certyfikatu wydanego przez akredytowaną jednostkę. Rozumiem, że na skutek naruszenia przeze mnie powyżej opisanych praw TRE®, LLC & Dr. Berceli, mogę zostać zobowiązany do pokrycia kar, odszkodowań, bądź innego rodzaju zobowiązań pieniężnych, i zobowiązuję się do niezwłocznego wyrównania tych kwot.**

[Tak]

**Rozumiem że szkolenie stanowi integralną całość i zobowiązuję się zapłacić od razu całą cenę szkolenia (6500 zł) lub wszystkie raty nie później niż na 14 dni przed terminami modułów, również w przypadku nieobecności na zajęciach.**

Wpisowe (po przyjęciu- gwarantuje miejsce): 400 zł; I moduł 29 września - 01 Październik 2023; II moduł 17-19 listopada 2023; III moduł 19-21 stycznia 2024; IV moduł 12-14 kwietnia 2024

**Preferencje żywieniowe. ZAZNACZ WYKLUCZENIA**

[opis]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_