**ANKIETA**

##### Licencjonowane szkolenie TRE®

**SZCZECIN 2025**

**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 pomocy 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 firmy: #### PSYCHE ### oraz KRZYSZTOF RYSZARD KARAUDA, 91­-048 Łódź, ul. Wrześnieńska, nr 46A, lok. 8, NIP 642-261-17-52, REGON 101058725**

**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]**

**Czy jesteś / byłeś pod stałą opieką lekarza, psychologa, psychoterapeuty, fizjoterapeuty lub innego specjalisty. Jeśli tak, krótko opisz z jakiego powodu**

**[OPISZ]**

**Czy przyjmuje Pan[i] jakieś leki. Jeśli tak, proszę napisać jakie**

**Napisz dlaczego chcesz uczestniczyć w szkoleniu certyfikacyjnym TRE®**

**[OPISZ]**

**Czy w ostatnim roku była Pani/Pan hospitalizowana[y] lub miał[a] operację? Jeżeli tak, to czego dotyczyła**

**[OPISZ]**

**Czy w ostatnich dwóch lata miał Pan[i] urazy/wypadki?**

**[OPISZ]**

**CZY NOSISZ PROTEZĘ LUB SOCZEWKI KONTAKTOWE?**

**PROSZĘ ZAKREŚL, JEŻELI WYSTĘPUJĄ U CIEBIE NASTĘPUJĄCE OBJAWY (zaznacz X jeśli dotyczy):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LĘKI |  | BEZSENNOŚĆ  |  |
| BÓLE GŁOWY |  | GORĄCZKA |  |
| DRĘTWIENIA |  | ZAWROTY GŁOWY |  |
| BÓLE W KLATCE PIERSIOWEJ |  | ZAPARCIA |  |
| CHRONICZNE ZMĘCZENIE |  | BÓLE BRZUCHA |  |
| KŁOPOTY Z TRAWIENIEM |  | DEPRESJA |  |
| ZABURZENIA CIŚNIENIA KRWI I PRACY SERCA (ARYTMIA, ROZRUSZNIK, OPERACJE) |  | ZŁAMANIA KOŚCI |  |
| NADWYRĘŻENIA I SKRĘCENIA STAWÓW |  | STANY POOPERACYJNE  |  |
| HYPO / HIPERGLIKEMIA |  | PADACZKA  |  |
| CIĄŻA |  | PSYCHOZA  |  |
| GŁĘBOKA DEPRESJA |  | SCHIZOFRENIA  |  |
| INNE: |  |  |  |

**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 administratorami są: #### PSYCHE#### oraz KRZYSZTOF RYSZARD KARAUDA, 91­-048 Łódź, ul. Wrześnieńska, nr 46A, lok. 8, NIP 642-261-17-52 – 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 (6800 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 5–7 września 2025; II moduł 3–5 października 2025; III moduł 5–7 grudnia 2025; IV moduł 6–8 lutego 2026.

**Preferencje żywieniowe. ZAZNACZ WYKLUCZENIA**

[opis]

PODPIS

Wypełnioną ankietę odeślij na adres: **#### PSYCHE ####**