

# KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

CENTRUM TERAPEUTYCZNO - SZKOLENIOWE DR JUSTYNA LESZKA

TYTUŁ SZKOLENIA: **WCZESNA DIAGNOZA I TERAPIA NEUROBIOLOGICZNA DZIECI Z AUTYZMEM**

MIEJSCE I TERMIN SZKOLENIA: KALISZ, 5 GRUDNIA 2015

LICZBA GODZIN: **8 GODZIN**

KOSZT SZKOLENIA: **180 zł.**

## DANE UCZESTNIKA:

Imię i Nazwisko:	
Stanowisko:	
Adres do korespondencji:	
E-MAIL:	
TELEFON KONTAKTOWY:	

**PROSZĘ O WYSTAWIENIE RACHUNKU** na poniższe dane:

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA FIRMY:		
ADRES:		
NIP:		
DANE DO KONTAKTU:	E-MAIL:	TEL.:

**INNE INFORMACJE:**

.....  
.....

powyższą kwotę proszę wpłacić do dnia 1 grudnia 2015 na konto:

**CENTRUM TERAPEUTYCZNO- SZKOLENIOWE DR JUSTYNA LESZKA**

**BZ WBK nr rachunku 82 1090 1128 0000 0001 2181 0391**

**W TYTULE PRZELEWU PROSZĘ PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA, DATĘ SZKOLENIA, MIASTO**

## **REGULAMIN**

1. Należność przekazuję/my przelewem na konto **CENTRUM TERAPEUTYCZNO-SZKOLENIOWE DR JUSTYNA LESZKA** bez roszczenia o zwrot wpłaty w przypadku nieobecności zgłoszonej osoby na szkoleniu.
2. Zgłoszenie na szkolenie musi zostać potwierdzone podpisaną kartą zgłoszenia przesłaną do **CENTRUM TERAPEUTYCZNO-SZKOLENIOWE DR JUSTYNA LESZKA**.

KARTĘ ZGŁOSZENIA NALEŻY PRZESŁAĆ POCZTĄ DO **CENTRUM TERAPEUTYCZNO-SZKOLENIOWE DR JUSTYNA LESZKA** CZARTKI 49/21 62-817 ŻELAZKÓW LUB MAILEM: leszka.k@wp.pl

.....  
data i czytelny podpis osoby upoważnionej