



Polsko – Niemiecki Instytut Terapii Uzależnień

przy spółce „Błękitny Krzyż w Polsce” Sp. z o.o.
43-384 Jaworze, ul. Dzwonkowa 138 tel. 0-33/ 817-28-38
tel. 0-501-399-178 e-mail: instytut@bk-europe.pl
strona: <http://www.bk-europe.com.pl>

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA DLA UCZESTNIKA STUDIUM TERAPII UZALEŻNIEŃ

1. Imię i Nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce zameldowania:
 - a) ulica i numer domu:
 - b) kod pocztowy i miejscowość:
 - c) województwo
4. Adres zamieszkania (korespondencyjny):.....
5. Telefon:
 - a) stacjonarny:
 - b) komórkowy:
6. Adres e-mail (WYMAGANE).....
7. Zatrudnienie w:
 - a) Nazwa jednostki
 - b) Forma organizacyjna (placówka stacjonarna, ambulatorium, oddział dzienny)
 - c) Adres (kod pocztowy, miasto, ulica, numer budynku, województwo).....
 - d) Stanowisko.....
 - e) Wykonywane czynności zawodowe (terapia indywidualna, grupowa, konsultacje, inne)
8. Staż pracy w lecznictwie odwykowym (ilość lat, miesięcy).....
9. Wykształcenie:
 - a) Nazwa szkoły.....
 - b) Wydział.....
 - c) Kierunek.....
 - d) Uzyskany tytuł.....
 - e) Rok ukończenia szkoły.....

10. Odbyte kursy, staże, treningi (proszę zaznaczyć, które z nich są udokumentowane zaświadczeniami)

.....

11. Studium Pomocy Psychologicznej (w razie rozpoczęcia II etapu w starym trybie) - prosimy o załączenie kserokopii lub zeskanowanego zaświadczenia

Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji do szkolenia z zakresu nowoczesnych metod terapii uzależnienia i współuzależnienia.

UWAGA!!!

Ankieta będzie rozpatrywana po uiszczeniu opłaty rejestracyjnej w wysokości 249 zł na konto PEKAO SA: 07 1240 6449 1111 0010 2645 9289

Jestem świadomy/a, że rezygnacja ze szkolenia wiąże się z utratą opłaty rejestracyjnej.

.....

(data zgłoszenia)

.....

(czytelny podpis uczestnika)