**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU**

**20.09.2018 r. Ścieżka psychologii biznesu**

**Jacek Walkiewicz - spotkanie "Siła psychiczna w biznesie**

**DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

Imię i nazwisko: ................................................................................................................................................................................................................................................................

Tytuł naukowy: ...................................................................................................................................................................................................................................................................

Specjalizacja: .........................................................................................................................................................................................................................................................................

Zawód: ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejsce pracy: .......................................................................................................................................................................................................................................................................  
Adres do korespondencji: ......................................................................................................................................................................................................................................

Telefon: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................

E-mail: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

Strona www: ............................................................................................................................................................................................................................................................................

**DANE DO FAKTURY**

Nazwa firmy: .............................................................................................................................................................................................................................................................................  
Adres: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
NIP: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**SKĄD DOWIEDZIAŁEM/AM SIĘ O SEMINARIUM?** .....................................................................................................................................................................  
**CHCĘ OTRZYMAĆ ZAŚWIADCZENIE UDZIAŁU W WYBRANYM MODULE** TAK **□** / NIE **□**

**CHCĘ OTRZYMYWAĆ INFORMACJE O SEMINARIACH, SZKOLENIACH ETC. VERSO** TAK **□** / NIE **□**

**WYRAŻAM ZGODĘ NA FOTOGRAFOWANIE** TAK **□** / NIE **□**

**JESTEM ZAINTERESOWANA/Y**

**A) Uczestnictwem w SPOTKANIE (2,5 godz.) - 20.09.2018 r.**   
16:30 - 17:00 **Pełna Moc Możliwości**- wspólne oglądanie materiału filmowego z wykładem Jacka Walkiewicza17:00 - 19:00 **Siła psychiczna w zdrowym biznesie** - wywiad i rozmowa z udziałem publiczności

Moderatorzy: [*mgr Jadwiga Koźmińska-Kiniorska*](http://www.verso-rozwoj.pl/goscie/jadwiga-kozminska-kiniorska/), [*mgr Justyna Rutkowska*](http://www.verso-rozwoj.pl/o-mnie/)

**□** - W terminie do 31 lipca 2018 opłata spotkania: 50 zł.

**□** - W terminie do 31 sierpnia 2018 opłata spotkania: 70 zł.

**□** - W terminie od 20 września 2018 opłata spotkania: 90 zł.

**B) Uczestnictwem w ZAJĘCIACH JOGI - 20.09.2018 r.  
19:15 – 20:15** JOGA  
**Prowadzi:** [***Izabela Linek***](http://www.verso-rozwoj.pl/goscie/izabela-linek/) – terapeutka jogi i masażu, refleksolog  
  
**□** - W terminie do 31 lipca 2018 opłata jogi: 15 zł.

**□** - W terminie do 31 sierpnia 2018 opłata jogi: 20 zł.

**□** - W terminie od 20 września 2018 opłata jogi: 30 zł.

**ZAPISZ SIĘ NA CAŁE SEMINARIUM I SKORZYSTAJ ZE ZNIŻKI**

**□** - W terminie do 31 lipca 2018 opłata seminarium: 60 zł.

**□** - W terminie do 31 sierpnia 2018 opłata seminarium: 80 zł.

**□** - W terminie od 20 września 2018 opłata seminarium: 90 zł.

\*wszystkie podane ceny są cenami brutto

**KARTĘ ZGŁOSZENIENIA** należy przesłać skanem na: kontakt@verso-rozwoj.pl

**WPŁATA NA KONTO:** mBank **20 1140 2004 0000 3302 6215 6712**

**TYTŁU WPŁATY:** Integracja życia + wybór modułu (spotkanie/joga)  
+ imię i nazwisko/instytucja (w przypadku zgłoszeń firmowych).  
Zarejestrowanie na moduły seminaryjne następuje w momencie uregulowania odpłatności.

W przypadku rezygnacji organizator pobiera 50 proc. wpłaconej kwoty.

**DANE FIRMY:**

VERSO Centrum Pomocy Psychologicznej Terapii i Edukacji, al. Piłsudskiego 30/223, 43-100 Tychy

NIP: 646-240-91-98, REGON: 276866748. Ewentualne pytania należy kierować do:

**Justyna Rutkowska, tel.: 504 255 118 lub kontakt@verso-rozwoj.pl**

**INFORMACJE DODATKOWE**Seminaria będą fotografowane i filmowane. Uzyskany materiał będzie wykorzystywany na potrzeby promocji i edukacji firmy VERSO Centrum Pomocy Psychologicznej Terapii i Edukacji. Może zostać użyczony prelegentom na ich życzenie.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę VERSO Centrum Pomocy Psychologicznej Terapii i Edukacji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacyjnego oraz realizacji szkoleń, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).*

**DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA DATA I CZYTELNY PODPIS KIERUJĄCEGO/PIECZĄTKA INSTYTUCJI**.......................................................................................................... ................................................................................................................................................................................