

Jelentkezési lap

Advanced craniosacralis terápia 1 (ADV1.2)

A jelentkezési lapot olvashatóan, nyomtatott betűkkel, kék tintával kell kitölteni!

A kitöltött jelentkezési lapot postai úton
a Tájékoztatóban megadott levelezési címre szíveskedj eljuttatni!
A jelentkezéseket a korlátozott létszám miatt egyéni elbírálás alapján hagyjuk jóvá.

Visszaküldési határidő: 2017. február 1.

Személyes adatok

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Édesanyja neve:

Szem.ig.szám:

Állampolgárság:

Elérhetőség

Lakcím

Irányítószám, település:

Közterület neve, házszám:

Telefonszám(ok):

E-mail cím:

Honlap:

Levelezési cím

Irányítószám, település:

Közterület neve, házszám:

Számlázási adatok

Név/cégnév:

Irányítószám, település:

Közterület neve, házszám:

A részvételi díj költségviselője:	
magánszemély <input type="checkbox"/>	gazdasági társaság (Kft., Bt., stb.) <input type="checkbox"/>
A regisztrációs díj fizetésének módja: készpénz <input type="checkbox"/> átutalás <input type="checkbox"/>	
Szakmai adatok	
CS1 képzés helye, időpontja, instruktora:	
CST2 képzés helye, időpontja, instruktora:	
SER1 képzés helye, időpontja, instruktora:	
SER2 képzés helye, időpontja, instruktora:	
Érvényes CST-T vizsgával rendelkezem:	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
CST-T vizsga helye, időpontja, vizsgáztató neve:	
Jelenleg milyen formában és gyakorisággal alkalmazza a CST-t?	
hivatásszerűen, kizárólagosan	<input type="checkbox"/>
hivatásszerűen, kiegészítő terápiként	<input type="checkbox"/>
nem hivatásszerűen, szűk körben	<input type="checkbox"/>
A craniosacralis terápiával kapcsolatos távlati céljai:	
Foglalkozás:	
Legmagasabb iskolai végzettség:	
Bizonyítvány/oklevél száma:	
Kelte: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hónap <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
Legmagasabb szakmai végzettség:	
Bizonyítvány/oklevél száma:	
Kelte: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hónap <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
Működési nyilvántartási szám:	
Egyéb képesítés(ek):	
Egyéb	
Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.	
Ismerem és elfogadom a ADV1.2 Tájékoztatóban közölt feltételeket.	
Kelt (helység, dátum):	
A jelentkező aláírása:	