

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

STUDIUM PSYCHOTERAPII DZIECI I MŁODZIEŻY EDYCJA XVIII

Imię i nazwisko pesel

data urodzenia. miejsce urodzenia.....

adres do korespondencji

.....

nr telefonu..... e-mail

Miejsce pracy - forma zatrudnienia

--

Dotychczasowe doświadczenie zawodowe dot. pracy z dziećmi i młodzieżą:

--

Inne doświadczenia zawodowe z zakresu pomocy psychologicznej:

--

Wykształcenie (nazwa szkoły, kierunku, tytułu zawodowego, nr dyplomu)

--

Dotychczasowe szkolenia z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży:

--

Inne szkolenia z zakresu pomocy psychologicznej:

Odbyte staże kliniczne: (nazwa placówki, data i czas trwania, opiekun stażu, liczba odbytych godzin)

1) Zobowiązuję się ponieść koszt szkolenia. Rozumiem, że w związku z rezerwacją miejsca w przypadku rezygnacji ze szkolenia w trakcie jego trwania jestem zobowiązany/a ponieść całość opłat.

- koszt szkolenia: **6000 zł** przy zgłoszeniu do 30.04.2026 r.
- koszt szkolenia: **6500 zł** przy zgłoszeniu do 30.06.2026 r.
- koszt szkolenia: **6900 zł** przy zgłoszeniu po 30.09.2026 r.

*** Proszę o rozłożenie płatności na raty:**

TAK

NIE

1. rata = zaliczka 850 zł (płatna 7 dni od potwierdzenia zapisu na szkolenie)
2. rata 850 zł (płatna przed II zjazdem)
3. rata 850 zł (płatna przed III zjazdem)
4. rata 850 zł (płatna przed IV zjazdem)
5. rata 850 zł (płatna przed V zjazdem)
6. rata 850 zł (płatna przed VI zjazdem)
7. rata 900 zł (płatna przed VII zjazdem)
8. rata 500 zł* (tylko dla osób zgłoszonych po 30.04.2026*) lub 900 zł ** (tylko dla osób zgłoszonych po 30.06.2026 r.**) (płatna przed VIII zjazdem)

Czy chce Pani/Pan otrzymywać informacje o innych szkoleniach organizowanych przez Instytut?

TAK

NIE

.....

data

.....

podpis uczestnika szkolenia

INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych i inspektor ochrony danych

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o., ul. Franciszka Włada 9, 61-615 Poznań, Nip: 9721352768.

Przetwarzanie danych

Państwa dane osobowe pozyskujemy w wyniku współpracy. Dane te są zebrane między innymi podczas zgłaszania kandydatów na szkolenia, a także w celu otrzymywania dyplomów i zaświadczeń o ukończeniu kursów, czy wystawienia faktur (imię i nazwisko, adres korespondencyjny, numer telefonu, adres e-mail, nazwa firmy, NIP, pesel, dyplom, świadectwo, miejsce zatrudnienia).

Państwa dane są przetwarzane w celu wysyłania newslettera z informacjami o nowych szkoleniach.

Okres przechowywania danych:

Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu złożenia przez Państwa żądania ich usunięcia lub rezygnacji z wysyłania newslettera lub prośby o usunięcie danych.

Prawa właściciela danych osobowych

Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania danych, usunięcia ich z naszej bazy, ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Jeśli życzą sobie Państwo usunięcia danych osobowych z naszej bazy, sprostowania lub ograniczenia ich przetwarzania – prosimy o kontakt z Wielkopolskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o., ul. Franciszka Włada 9, 61-615 Poznań, Nip: 9721352768 pisemnie, pocztą tradycyjną lub elektroniczną, na podany adres **biuro@ipe.edu.pl**

Jednocześnie zapewniamy, że administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem,

wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w bazie danych Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich sposobu przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

Data..... Czytelny podpis.....