

Proszę odpowiednie zakreślić :

Jestem certyfikowanym specjalistą psychoterapii uzależnień

Jestem certyfikowanym instruktorem terapii uzależnień

Imię i nazwisko	
Nr certyfikatu	
Miejsce pracy	
Dodatkowe miejsca pracy*	

*Dotyczy dodatkowych miejsc pracy w terapii uzależnień

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zamieszczenia na stronie internetowej WOTUW (www.wotuw.malopolska.pl), zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883)".

Data i podpis.....

Adres do korespondencji:

.....
.....
.....
.....

Nr telefonu:

Adres e – mail: