**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

SZKOLENIE ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Adres mailowy |  |
| Wykształcenie |  |
| Wykonywany zawód |  |

Proszę zaznaczyć szkolenia w których chce Pan/Pani wziąć udział:

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK/NIE |
| **Zdrowie Psychiczne Niemowląt**  22.03 2024 |  |
| **Więź rodzic – niemowlę**  12.04.2024r |  |
| **Doświadczenie traumy niemowlęcej i jej wpływ na rozwój dziecka**  17.05.2024r |  |
| **Zaburzenia zdrowia psychicznego u niemowląt i małych dzieci**  14.06.2024. |  |

Czy istnieje potrzeba wystawienia faktury VAT? TAK/NIE

Dane do faktury:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |