



## FORMULARZ REJESTRACYJNY

.....  
imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
adres do korespondencji

.....  
KONTAKT: telefon komórkowy, e-mail

Imię i nazwisko terapeuty .....  
(podpis terapeuty rekomendującego)

Członkowie Komitetu Studiów:

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

Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich osobistych informacji pochodzących z nagrań audio i video, studium przypadków jak również osobistych prac uczestników prezentowanych podczas kursów i seminariów Instytutu Psychologii Procesu.  
Oświadczam, że znam i akceptuję Regulamin Programu Licencyjnego IPP.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzenia działalności informacyjnej w ramach Programu Licencyjnego oraz szkoleń przez **Instytut Psychologii Procesu** zgodnie z ogólnym **rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.** (Dz. Urz. UE L nr 119, str. 1).

2. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

3. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, zgodę wyrażam dobrowolnie i świadomie.

.....  
data

.....  
podpis