



Formularz dla uczestnika szkolenia TRE® - Ćwiczenia, które uwalniają traumę, stres i emocje

Proszę o czytelne wypełnienie formularza. Informacje zawarte w nim są poufne.

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____

Adres _____

Miasto: _____ kod województwo: _____

Telefon: dom: _____ praca: _____ komórka: _____

Wycieczony zawód: _____ zawód wykonywany: _____

e-mail: _____

Dane do Faktury:

Proszę opisz jakie masz doświadczenie w obszarze pomagania innym:

Proszę, opisz dlaczego zdecydowałeś się wziąć udział w szkoleniu TRE®:

Czy masz pytania dotyczące ćwiczeń TRE® Tak/Nie

Jeżeli tak to napisz te pytanie.

Czy aktualnie jesteś pod stałą opieką lekarza, chiropraktyka, psychologa, psychoterapeuty, fizjoterapeuty lub innej osoby zajmującej się ochroną zdrowia? Tak/Nie

Jeżeli tak, to opisz z jakiego powodu:

Zalecamy aby Twój lekarz lub inna osoba zajmująca się ochroną Twojego zdrowia została powiadomiona przez Ciebie, że stosujesz TRE®.

Czy bierzesz jakiegokolwiek lekarstwa? Tak/Nie

Jeżeli tak, to proszę opisz jakie to są lekarstwa:

Czy w ostatnim roku byłeś hospitalizowany lub poddany zabiegowi chirurgicznemu? Tak/Nie

Jeżeli tak, proszę opisać:

Czy miałeś urazy stawów (wymianę stawu – sztuczny staw)? Tak/ Nie

Jeżeli tak, proszę opisać:

Czy nosisz protezę

soczewki kontaktowe

Tak/ Nie

Tak/ Nie

Wymień jakie obrażenia, uszkodzenia, urazy ciała wystąpiły u Ciebie w ciągu ostatnich 2 lat (wypadki samochodowe, kontuzje sportowe, itp.)

Proszę zakreśli, jeżeli występują u Ciebie następujące objawy:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Hipoglikemia |
| <input type="checkbox"/> Artretyzm | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Bezsenność | <input type="checkbox"/> Krzepnięcie krwi |
| <input type="checkbox"/> Bóle brzucha | <input type="checkbox"/> Niedociśnienie |
| <input type="checkbox"/> Bóle głowy | <input type="checkbox"/> Nowotwór |
| <input type="checkbox"/> Bóle klatki piersiowej | <input type="checkbox"/> Obrzęki |
| <input type="checkbox"/> Bóle stawów | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> Cięża | <input type="checkbox"/> Problemy trawienne |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Problemy z oddychaniem |
| <input type="checkbox"/> Choroby serca: stymulacja serca, arytmia, inne | <input type="checkbox"/> Stan psychiczny |
| <input type="checkbox"/> Choroby skóry | <input type="checkbox"/> Zapalenie oskrzeli |
| <input type="checkbox"/> Depresja | <input type="checkbox"/> Zapalenie torebki stawowej |
| <input type="checkbox"/> Drętwienie | <input type="checkbox"/> Zespół cieśni nadgarstka |
| <input type="checkbox"/> Epilepsja | <input type="checkbox"/> Zmęczenie |
| <input type="checkbox"/> Gorączka | <input type="checkbox"/> Zaparcia |
| <input type="checkbox"/> Guzy | <input type="checkbox"/> Żylaki |
| | <input type="checkbox"/> Inne |

Oświadczam, że wymieniłem wszystkie znane mi dolegliwości zdrowotne i wyrażam zgodę na poinformowanie o tym prowadzącego ćwiczenia TRE oraz o przekazywanie wszelkich zmian w zakresie zdrowia. Rozumiem, że na ćwiczeniach TRE nie przeprowadza się diagnozy ani leczenia medycznego. Informacje jakie otrzymam mają charakter edukacyjny mający na celu podniesienie mojej świadomości i będą wykorzystane według własnego uznania.

W sytuacji gdy pojawią się problemy zdrowotne zwrócę się do lekarza, w celu upewnienia się co do mojej zdolności wykonywania ćwiczeń TRE. Jestem poinformowany, o uważności w stosowaniu ćwiczeń TRE. Podczas wykonywania ćwiczeń TRE nie przekraczam własnych fizycznych i psychicznych ograniczeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tej ankiecie dla mojego bezpieczeństwa i potrzeb praktyka TRE.

(Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. NR 101, poz. 926 ze zm.)

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że powyższe dane nie będą w żaden sposób udostępniane osobom trzecim.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ W USTALONYM Z ORGANIZATOREM TERMINIE UREGULOWAĆ NALEŻNOŚCI FINANSOWE ZWIĄZANE ZE SZKOLENIEM

ZAJĘCIA W GRUPIE	KWOTA	PŁATNA W TERMINIE
WPISOWE BEZZWROTNE	400 PLN	Gwarancja miejsca na szkoleniu
MODUŁ I	1000 PLN	10.02.2017
MODUŁ II	1000 PLN	15.04.2017
MODUŁ III	1000 PLN	15.08.2017
MODUŁ IV	1000 PLN	10.10.2017
OPŁATA REJESTRACYJNA	~100 PLN	Zależna od kursu dolara
Razem:	4500 PLN	

Ilość miejsc ograniczona do 16.
O przyjęciu na szkolenie decyduje kolejność wpłat wpisowego.

.....
CZYTELNY PODPIS

TERMINY SZKOLENIA – Kraków 2017

MODUŁ I	10-12.03.2017
MODUŁ II	5-7.05.2017
MODUŁ III	8-10.09.2017
MODUŁ IV	3-5.11.2017

Niniejszym potwierdzam, że zostałam poinformowana/y, iż wyłączne prawa do posługiwania się znakiem TRE® i stosowania metody TRE® przysługują TRE®, LLC & Dr. Berceli, a wykorzystywanie metody TRE® przez inne osoby wymaga odpowiedniego merytorycznego przygotowania i praktyki, które powinny zostać potwierdzone stosownym certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną przez TRE®, LLC & Dr. Berceli. **Naruszenie praw TRE®, LLC & Dr. Berceli może skutkować powstaniem roszczeń m.in. odszkodowawczych.** Mając powyższe na uwadze, **zobowiązuję się do niepodejmowania działań**, które byłyby sprzeczne z powszechnie obowiązującym prawem, a które mogłyby prowadzić do naruszenia prawa do znaku TRE®, a także działań polegających na stosowaniu metody TRE® - w jakiegokolwiek formie (warsztaty, sesje, zajęcia grupowe itp.) i celu - **bez certyfikatu wydanego przez akredytowaną jednostkę**. Rozumiem, że na skutek naruszenia przeze mnie powyżej opisanych praw TRE®, LLC & Dr. Berceli, mogę zostać zobowiązany do pokrycia kar, odszkodowań, bądź innego rodzaju zobowiązań pieniężnych, i zobowiązuję się do niezwłocznego wyrównania tych kwot.

Podpis _____

data _____



Centrum Pracy z Ciałem

