



---

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

Proszę o czytelne wypełnienie formularza. Po wypełnieniu informacje zawarte w nim są poufne.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Joanna Wołoszczuk prowadząca firmę pod nazwą Centrum Pracy z Ciałem Joanna Wołoszczuk z siedzibą w Koszalinie, ul Austriacka 1, 75-430 Koszalin; NIP 669-187-74-69; REGON 330350658 adres e-mail: [biuro@centrumpracyzcialem.pl](mailto:biuro@centrumpracyzcialem.pl)

\* Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie zgody *art. 6.1.a.* (dane zwykłe) i *9.2.a.* (dane szczególne – stan zdrowia) *rodo*, celem umożliwienia wzięcia udziału w szkoleniu TRE®.

\* Administrator, przy przetwarzaniu danych osobowych powołuje się na prawnie uzasadniony interes (*art.6.1.f.*), którym jest ewentualne ustalenie, dochodzenie lub obrona przed roszczeniami.

\* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody.

\* Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

\* Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia *rodo*.

\* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak ich podania będzie skutkowało nie możliwością udziału w szkoleniu TRE®.

\* Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane odbiorcom danych.

\* Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Rok urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Kod województwo: \_\_\_\_\_

Telefon: dom: \_\_\_\_\_ praca: \_\_\_\_\_ komórka: \_\_\_\_\_

Zawód wyuczony: \_\_\_\_\_ Zawód wykonywany: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Skąd dowiedziałeś się o nas? \_\_\_\_\_

Preferowany sposób kontaktu: email  lub telefon

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®?  
Jeżeli tak, to napisz te pytanie.

Tak/Nie

---

---

---

---

Czy aktualnie jesteś pod stałą opieką lekarza, chiropraktyka, psychologa, psychoterapeuty, fizjoterapeuty lub innej osoby zajmującej się ochroną zdrowia?  
Jeżeli tak, to opisz z jakiego powodu:

Tak/Nie

---

---

---

---

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

Czy bierzesz jakiegokolwiek leków?

Tak/Nie

Jeżeli tak, to proszę opisz jakie to są leki:

---

---

---

Czy w ostatnim roku byłeś hospitalizowany lub poddany zabiegowi chirurgicznemu?

Tak/Nie

Jeżeli tak, proszę opisz:

---

---

---

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

Tak/Nie

Jeżeli tak, proszę opisz:

---

---

---

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

Oświadczam, że wymieniłem wszystkie znane mi dolegliwości zdrowotne i wyrażam zgodę na poinformowanie o tym prowadzącego szkolenie TRE® oraz o przekazywanie wszelkich zmian w zakresie zdrowia. Rozumiem, że na szkoleniu 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:

data .....

podpis .....

## INFORMACJE ZWIĄZANE ZE SZKOLENIEM:

### TERMINY – KOSZALIN 2018/2019

MODUŁ I	31.08 - 02.09.2018
MODUŁ II	09 - 11.11.2018
MODUŁ III	18 - 20.01.2019
MODUŁ IV	22 - 24.03.2019

Ja, niżej podpisany, zobowiązuję się w ustalonym z organizatorem (Centrum Pracy z Ciałem Joanna Wołoszczuk) terminie, uregulować należności finansowe związane ze szkoleniem.

### OPŁATY ZWIĄZANE ZE SZKOLENIEM

ZAJĘCIA W GRUPIE	KWOTA	PŁATNA W TERMINIE
WPISOWE BEZZWROTNE	500 PLN	Gwarancja miejsca na szkoleniu
MODUŁ I	1 000 PLN	15.08.2018
MODUŁ II	1 000 PLN	05.11.2018
MODUŁ III	500 PLN	15.01.2019
MODUŁ IV	500 PLN	15.03.2019
<b>Razem:</b>	<b>3 000 PLN</b>	

.....  
czytelny podpis

*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, mogą zostać zobowiązany do pokrycia kar, odszkodowań, bądź innego rodzaju zobowiązań pieniężnych, i zobowiązuję się do niezwłocznego wyrównania tych kwot.*

data .....

podpis .....