**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

SZKOLENIE ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI – CZĘŚĆ II

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK/NIE |
| |  | | --- | | **Dzieci i ich Rodzice w XXI wieku**  17.10.2025 | |  |
| **Rola środowiska w rozwoju niemowlęcia**  21.11.2025 |  |
| |  | | --- | | **Niepokojące emocje w okresie niemowlęcym**  12.12.2025 | |  |

Czy istnieje potrzeba wystawienia faktury VAT? TAK/NIE

Dane do faktury:

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