**Formularz rekomendacji gabinetu**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Początek formularza

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby zgłaszającej:** |  |
| **Pełna nazwa gabinetu: (lub nazwa podmiotu gdzie prowadzona jest terapia)** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica nr domu/lokal:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **E-mail gabinetu:** |  |
| **Telefon gabinetu:** |  |
| **Strona www:** |  |
| **Profil gabinetu:** |  |
| **Uwagi:** |  |
| **Województwo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapeuci** | |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |
| **Imię i Nazwisko:**  **Nr Certyfikatu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane do faktury** | |
| **Firma / Instytucja:** |  |
| **NIP nabywcy:** |  |
| **Pełny adres (ulica, nr, kod, miejscowość) – siedziba nabywcy lub Twój adres zamieszkania:** |  |
| Odbiorca faktury: |  |
|  |  |

☑︎ Dół formularza

Zapozanałam/łem się z Regulaminem rekomendacji i akceptuję jego warunki

☑︎ Wysyłając zgłoszenie wyrażam zgodę na publikację moich danych (**imię, nazwisko, tel. kontaktowy**) na stronie internetowej PSTIS oraz na stronach związanych z projektem OTBK SI.

Twoje dane zostaną całkowicie usunięte po zakończeniu projektu.

Administratorem Twoich danych osobowych będzie Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej – SI z siedzibą przy ul. Majdańskiej 3/7B w Warszawie.  
Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych i przysługujących Ci praw znajduje się w naszej [Polityce prywatności](https://pstis.pl/pl/html/?str=polityka-prywatnosci).