**Formularz zgłoszenia i przystąpienia do OTBK SI – wypełnia certyfikowany terapeuta SI.**

Początek formularza

Imię terapeuty:

 \*

Nazwisko terapeuty:

 \*

Numer certyfikatu PSTIS:

 \*

Miejscowość, w której jest gabinet
(i ew. dzielnica):

 \*

Województwo:

\*

**NAZWA GABINETU i adres** (ulica nr) –
(w którym odbędziesz spotkania OTBK SI)

 \*

Telefon gabinetu lub kontaktowy:

 \*

e-mail:

 \*

Dodatkowe informacje, uwagi:

☑︎ 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).

Dół formularza