



LOGOPEDICKÉ CENTRUM ASOBI, Rešetkova 3, 831 03 Bratislava

Tel: 0905 552 083, E-mail: logopedicke.cetrum@gmail.com

IČO: 36730904 Bankové spojenie: Tatrabanka / SK 23 1100 0000 0029 4106 3467

## **PRIHLÁŠKA na KURZ:**

### ***VPLYV PRÍJMU POTRAVY NA ROZVOJ ORÁLNYCH FUNKCIÍ ALTERÁCIA SUBLINGVÁLNEJ UZDIČKY***

Dátum a miesto vzdelávacej aktivity: **25.- 26.10.2019 / Bratislava**

**Priezvisko, meno, titul:**.....

Rodné meno: .....Dátum narodenia: ..... Štátna príslušnosť: .....

Adresa bydliska

Mesto: ..... Ulica: ..... PSČ: .....

Kontakt: mobil...../ e-mail.....

Adresa zamestnávateľa: ..... PSČ: .....

Pracovisko/oddelenie:.....Pracovné zaradenie: .....

Získaná špecializácia:/ zaradenie.....Dátum:.....

Dátum: .....

.....

Podpis a pečiatka

**Prihlášku je možné zrušiť najneskôr do 30.9.2019 poštou alebo elektronicky na mailovú adresu. Rozhodujúci je termín doručenia. Stornovací poplatok:  
do 30.09. 2019 – 50% z poplatku  
od 30. 09. 2019 – 100% z poplatku**

Prihláška je záväzná. Svojím podpisom potvrdzujete svoju účasť na danom kurze a zaväzujete sa uhradiť daný poplatok. V prípade preposlania Záväznej prihlášky a nezaplatenia poplatku, je tento poplatok automaticky vymáhateľný.