

WORKSHOP: **AKTIVITA A PARTICIPÁCIA U DETI SO SPASTICITOU.**

Termín a miesto konania: **23.2.2019 - 24.2.2019 v Žiline**

**Prihláška**

|  |
| --- |
| **Údaje o účastníkovi kurzu** |
| Meno, priezvisko, titul |   |
| Dátum narodenia |   |
| Adresa (ulica, mesto, PSČ) |   |
| E-mail |   |
| Telefón |   |
| Zamestnanie |   |
| Odbor |   |
| Pracovisko |   |
|  |  |
| **Fakturačné údaje**  |
| Názov firmy |   |
| Adresa sídla |   |
| IČO |   |
| DIČ |   |

Vyplnenú prihlášku prosíme odoslať do **31.1.2019** na adresu kurzybobath@yahoo.com

Po odoslaní prihlášky Vám do 5 pracovných dní príde na uvedenú mailovú adresu potvrdenie o prijatí prihlášky.

V opačnom prípade, alebo v prípade akýchkoľvek nejasností prosím kontaktujte:

Miriam Sanigova

mob.: +421 905 465 584
e-mail : kurzybobath@yahoo.com



**Platba**

|  |  |
| --- | --- |
| Účastnícky poplatok | 120 € nečlen asociácie / 100 € člen asociácie |
| Bankové spojenie | **2921893156/1100** |
| IBAN | **SK 18 1100 0000 0029 2189 3156** |
| Konštantný symbol | 308 |
| Variabilný symbol | Dátum narodenia |
| Správa pre prijímateľa | Priezvisko |

Účastnícky poplatok prosím uhraďte najneskôr do **6.2.2019** a nezabudnitenapísať Vaše meno a dátum narodenia, aby bola Vaša platba identifikovaná.