**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO**

**OGÓLNOPOLSKIEGO KLUBU ASYSTENTA ZDROWIENIA**

Początek formularza

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Adres e-mail

Miejscowość zamieszkania

Wykształcenie i kierunek

Czy ma Pani/Pan doświadczenie w pracy z ludźmi, w tym z osobami chorującymi psychicznie?

TAK NIE

Czy chce Pani/Pan zostać Asystentem Zdrowienia?

TAK NIE

Czy jest Pani/Pan Asystentem Zdrowienia?

 TAK NIE

Czy chce Pani/Pan zapisać się do Klubu „OK-AZ”?

 TAK NIE

Czy chce Pani/Pan działać w „OK-AZ” jako osoba funkcyjna?

 TAK NIE

Wymagana zgoda

Akceptuję regulamin

Dół formularza