

## FORMULARZ ZAPISU

W celu zapisania się na wybrane wydarzenie i rezerwacji miejsca:

- Proszę wypełnić wszystkie pola oraz przesłać formularz na adres [beata.cugowska@gmail.com](mailto:beata.cugowska@gmail.com)
- Wszystkie informacje uzyskane w procesie rejestracji będą traktowane jako poufne i są wykorzystywane wyłącznie w celu lepszej organizacji szkolenia/treningu. Podpisując ten formularz zgadzasz się na przechowywanie swoich danych przez Gabinet psychoterapii Beata Cugowska zgodnie z przepisami RODO umieszczonymi na końcu formularza

1. Nazwa, data i lokalizacja szkolenia/treningu:

2. Imię i nazwisko uczestnika:

3. Wiek:

4. Telefon:

5. E-mail:

6. W jaki sposób dowiedziałeś/aś się o szkoleniu/treningu lub kto zachęcił Cię do wzięcia udziału?

Facebook      Strona internetowa

Inne źródło // Jakie? \_\_\_\_\_

7. Dlaczego zdecydowałaś/eś się na udział w szkoleniu/treningu? Jakiego rodzaju trudności aktualnie doświadczasz?

8. Czy masz lub kiedykolwiek miałeś/aś problemy ze zdrowiem psychicznym takie, jak: depresja, PTSD, borderline, zaburzenia osobowości, intensywne emocje, choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD), stany lękowe, ataki paniki, bulimia, anoreksja, itp.? Jeśli tak, proszę podać szczegóły (daty, objawy, czas trwania, pobyty w szpitalu, rodzaj leczenia, obecny stan)

Tak     Nie

9. Czy doświadczasz aktualnie silnego kryzysu i/lub objawów zagrażających zdrowiu i życiu Twojemu lub innych osób? Jeśli tak, proszę podać szczegóły (np. myśli samobójcze, próby samobójcze, samookaleczenia)

Tak     Nie

10. Co chcesz zyskać poprzez uczestnictwo w szkoleniu/treningu? Jak sądzisz w czym grupa może Cię wesprzeć w obecnej sytuacji?

11. Imię i nazwisko terapeuty prowadzącego, numer kontaktowy:

*Wyrażam zgodę na kontakt osób prowadzących szkolenie/trening z terapeutą prowadzącym w sytuacjach interwencyjnych lub w celu wymiany informacji niezbędnych w zakresie prowadzonych zajęć.*

12. Imię i nazwisko oraz numer telefonu do bliskiej osoby wyznaczonej jako osoba kontaktowa w sytuacji interwencyjnej/zagrażającej życiu lub zdrowiu:

*Wyrażam zgodę na kontakt osób prowadzących szkolenie/trening z osobą, której dane podałam/lem powyżej. Oświadczam również, iż informacje te podaję za zgodą i wiedzą osoby bliskiej.*

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje są pełne i prawdziwe oraz że zapoznałam/em się i akceptuję warunki uczestnictwa w szkoleniu/treningu:

*Uczestnictwo w szkoleniu/treningu jest dobrowolne.*

*Szkolenie/trening nie zastępuje konsultacji lekarskiej czy psychologicznej oraz terapii. Do grupy mogą dołączyć tylko osoby pełnoletnie.*

*Spotkania szkoleniowe/treningowe są płatne, a każdy uczestnik zobowiązuje się do uiszczenia pełnej opłaty w terminie. Na każdym spotkaniu szkoleniowym/treningowym obowiązuje zasada poufności i każdy uczestnik zobowiązuje się do jej przestrzegania.*

*Każdy uczestnik szkolenia/treningu deklaruje, że nie będzie działał na szkodę swoją, uczestników oraz osób prowadzących. W razie wystąpienia przeciwwskazań do dalszego udziału w szkoleniu/treningu, uczestnicy są zobowiązani do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie osobę prowadzącą grupę.*

*W razie wystąpienia objawów zagrażających zdrowiu lub życiu własnemu lub innych osób, uczestnicy zobowiązani są do niezwłocznego poinformowania o tym osobę prowadzącą oraz zgłoszenia tego faktu swojemu lekarzowi/ psychologowi/ terapeutce i/lub pod numerem alarmowym 112.*

Opłatę pobieramy za cały moduł z góry, zwroty przyznajemy maksymalnie 2 tygodnie przed rozpoczęciem grupy. Miejsca na grupie są ograniczone, o miejscach decyduje kolejność wpłat.

Potrzebuję faktury (jeżeli tak, to prosimy podać dane firmy – nazwę firmy, ulicę, kod pocztowy, miasto, NIP)

>>> <<<<

Zastrzegamy sobie prawo do odwołania zajęć, w przypadku, gdy nie zbierze się odpowiednia grupa na szkolenie/trening.

Podpis (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Wobec obowiązków wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: „RODO”, przekazujemy podstawowe informacje o wykorzystywaniu Pani/Pana danych osobowych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gabinet psychoterapii Beata Cugowska z siedzibą w Katowicach, adres: ul. Sienkiewicza 33/5, 40-035 Katowice, e-mail: beata.cugowska@gmail.com, telefon: 519 873 977. Gabinet psychoterapii – jako administrator danych – dołoży wszelkich starań, aby w jak najpełniejszym stopniu zrealizować wymogi Rozporządzenia i w ten sposób chronić Państwa dane osobowe.

2. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe tylko i wyłącznie na podstawie prawa i w ściśle określonych celach, tj.:

A) Zawarcie, należyte wykonanie, lub inne czynności niezbędne do realizacji procesu pomocy psychologicznej lub szkolenia (Rozporządzenie, art. 6 ust. 1 lit. f); Rozporządzenie MZ z 21 lipca 2010 (Dz. U.10.131.888));

B) umożliwienie świadczenia usługi drogą elektroniczną oraz z pełnego korzystania z możliwości programów

C) Marketing produktów i usług Gabinetu psychoterapii (Rozporządzenie, art. 6 ust. 1 lit. f)).

3. Gabinet psychoterapii przetwarza dane osobowe pozyskane bezpośrednio od Państwa (np. dane podane na formularzach online, papierowe formularze, testy i kwestionariusze, oraz wywiad, czy rozmowa).

4. W zależności od celu korzystania z usług Gabinetu psychoterapii Administrator może przetwarzać następujące kategorie danych osobowych pozyskanych od Państwa lub osób trzecich:

a) dane osobowe (np. imię i nazwisko, adres zameldowania), b) dane kontaktowe (np. numer telefonu, adres korespondencyjny), c) dane socjo-demograficzne (np. narodowość, forma zatrudnienia), d) dane finansowe (np. numer konta bankowego, szczegóły dotyczące płatności, numer NIP), e) dane kontraktowe (np. szczegóły zawartego kontraktu terapeutycznego, lub innych umów), f) dane kliniczne i zdrowotne (np. dane dotyczące diagnozy, chorób, historii życia, uzależnień), g) dane behawioralne i społecznościowe (np. dane z Facebooka i innych portali społecznościowych, ze strony internetowej poznawczo.pl), h) dane komunikacyjne (np. dane prowadzonej komunikacji), i) dane audio-wizualne (np. dane związane z nagrywaniem spotkań za oddzielną, pisemną zgodą i z uprzedzeniem, że nagranie będzie się odbywać), j) dane dotyczące powiązań rodzinnych (np. informacje niezbędne do realizacji interwencji kryzysowej, przekazania dokumentacji na wypadek śmierci).

5. Dostęp do Państwa danych osobowych będą mieć wyłącznie psychologowie zrzeszeni na stronie poznawczo.pl oraz nasi partnerzy (np. księgowia, superwizor) i wyłącznie w niezbędnym zakresie. Terapia jest prowadzona w zespole i w ramach zespołu możemy dzielić się informacjami na temat Państwa. Dokładamy wszelkich starań, by tam, gdzie jest to możliwe Państwa dane anonimizować (np. w trakcie superwizji).

6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:

a) organy publiczne, instytucje lub podmioty trzecie uprawnione do żądania dostępu lub otrzymania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. (Możemy informacje na Państwa temat przekazać organom regulacyjnym, prawnym, organom ścigania i innym podmiotom w odpowiedzi na wezwanie sądowe).

b) podmioty, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartych umów (np. biuro rachunkowe, portal Znany Lekarz)

c) podmioty przetwarzające dane w celu prowadzenia zastępstwa procesowego np. kancelarie prawne, sąd, ubezpieczyciel prawny

d) podmioty, wobec których wyrazili Państwo zgodę na udostępnienie i przetwarzanie swoich danych osobowych, e) Możemy informacje na Państwa temat przekazać gdy w dobrej wierze uznamy, że zachodzi konieczność: zapobiegania zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego

7. Szczegółowa Informacja o Państwa prawach:

a) przysługuje Państwu prawo dostępu do Państwa danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;

b) jeśli uznają Państwo, że dane osobowe przetwarzane przez Administratora są niezgodne z rzeczywistością, mają Państwo prawo ich sprostowania lub uzupełnienia,

c) mają Państwo prawo żądania usunięcia Państwa danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,

d) mają Państwo prawo wniesienia żądania ograniczenia przetwarzania Państwa danych osobowych,

e) mają Państwo również prawo do otrzymania od Administratora Państwa danych osobowych w ustrukturyzowanym formacie oraz przenoszenia danych osobowych do innego administratora. W przypadku przeniesienia danych, z uwagi na inne przepisy prawa, może być wymagane uzyskanie Państwa zgody lub spełnienie innych warunków wymaganych tymi przepisami,

f) w przypadkach, w których przetwarzanie danych odbywa się na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia udzielonych zgód na poszczególne cele przetwarzania, w dowolnym momencie. Zgodę możecie Państwo wycofać u Administratora, przez telefon, oraz mailem. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, realizowanego do czasu wycofania zgody.

8. W przypadku procesu pomocy psychologicznej podanie danych osobowych jest konieczne do ich realizacji.

9. W przypadkach uznania, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

10. Mają Państwo lub Państwa przedstawiciel ustawowy pełne prawo otrzymać wnioski z przebiegu terapii oraz zaświadczenie potwierdzające odbywanie terapii w wymienionym okresie. Nie jest możliwe uzyskanie szczegółowej dokumentacji (szczegółowe dane zebrane w procesie diagnozy jak i dane z sesji). Jest to materiał poufny, wyłącznie dla użytku wewnętrznego dla celów planowania i prowadzenia sesji oraz superwizji. (Dz. U 2010 nr 252 poz. 1697)

Podpis (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_