

Certified Bowen Healthcare Therapist Registration Form

PRIJAVNICA NA IZOBRAŽEVANJE

Ime in priimek _____

Email: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Pridobljene izkušnje na področju terapij:

Sem (označi):

- Nimam nobenih izkušenj, sem nov/-a na tem področju
- Fizioterapevt
- Kiropraktik / osteopat
- Kraniosakralni terapevt
- Maser
- Opravil/-a sem delavnico: Spoznaj Bownovo terapijo
- Drugo: _____

Ali imate kakršne koli izkušnje z Bownovo terapijo:

- Da, hodil/-a sem na terapijo
- Da, tečaj
- Da, hodil/-a sem na terapijo in opravil/-a sem tečaj
- Ne
- Opravil/-a sem delavnico: Spoznaj Bownovo terapijo
- Drugo: _____

Kje ste slišali za nas: _____

Plačilo

V kolikor želite račun na podjetje prosim navedite podatke

- Želim plačati v 1x znesku
- Želim plačati na obroke (1.obrok znaša 600€, ostali po dogovoru. Plačilo mora biti popolno pred zadnjo delavnico v septembru). Na koliko obrokov želite plačati? _____

Hrana:

Poskrbeli bomo za toplo malico in prigrizke.

Prosim navedite ali imate kakšne alergije na hrano: _____

- Jem vse
- Želim vegetarijanski obrok
- Prinesel / prinesla bom svojo malico