

WNIOSEK O UDZIELENIE CERTYFIKACJI

DLA OSOBY



Data złożenia wniosku:

.....

Imię i nazwisko:

.....

Adres miejsca zamieszkania osoby:

.....

Numer: NIP

PESEL

.....

Adres do korespondencji:

.....

Numer telefonu kontaktowego:

.....

Adres e-mail:

.....

Numer telefonu do rejestracji:

.....

Adres strony internetowej:

.....

Zakres udzielanych usług:

.....

.....

.....

Niniejszym, zgodnie z Regulaminem „**Programu Certyfikacji Placówek oraz Osób świadczących usługi fizjoterapii**” udzielanej przez Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska pod nazwą „**Dobra praktyka fizjoterapeutyczna**” zgłaszam swoją Osobę do udziału w Programie:

.....

Imię i nazwisko

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję „**Regulamin Certyfikacji Placówek i Osób świadczących usługi fizjoterapii**” oraz, że wszystkie podane przeze mnie we **Wniosku** oraz **Załącznikach** informacje, są zgodne ze stanem faktycznym i upoważniam SFP do ich weryfikacji.

.....

Data, czytelny podpis

Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami oraz podpisany Regulamin należy przesłać w wersji papierowej (1 egzemplarz) na adres:

**Biuro Zarządu Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska
Wniosek Certyfikacyjny**

ul. Majdańska 12, 04-088 Warszawa

oraz w wersji elektronicznej (płyta CD) lub mailowo na adres: certyfikaty@fizjoterapeuci.org