



Étkezési zavarok befolyásolásának lehetőségei, technikai autizmussal élő személyeknél

T Á J É K O Z T A T Ó

A képzés célja, hogy az autizmus természetét figyelembe véve megfelelő szemléletet adjon az autizmussal élő személyek étkezési zavarainak értelmezéséhez. A képzés nagy hangsúlyt fektet az étkezési zavarok okainak felderítésére, illetve a hatékonyan alkalmazható beavatkozási technikákra.

A képzés típusa: egynapos kurzus
Időtartam: 1 nap, 6x45 perc
A képzés díja: 10.200,-Ft (amely az áfá-t tartalmazza)
A fizetés módja: átutalással előre, illetve a helyszínen készpénzben
Számlaszámunk: 10300002-20327589-70073285

Helyszín: Autizmus Alapítvány 1089 Budapest, Delej u. 24-26.
Időpont: **2012. április 13.**

Jelentkezési határidő: 2012. április 8.

A jelentkezés módja:

Levélben vagy e-mailen visszaküldött jelentkezési lapon, amely megtalálható honlapunkon, illetve e-mailen kérhető.

A képzést csak megfelelő számú jelentkező esetén indítjuk.

Elérhetőségünk:

Autizmus Alapítvány
1089 Budapest, Delej u. 24-26.
Levél cím: 1426 Budapest, Pf. 68
Tel.: 06-1/314-2859
Fax: 06-1/210-4364
autizmus@autizmus



Étkezési zavarok befolyásolásának lehetőségei, technikai autizmussal élő személyeknél

JELENTKEZÉSI LAP

2012. április 13.

Név: Születési név:

Foglalkozás: Telefon: 06-/.....

E-mail cím:

Levelezési cím

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám:

Munkahely

Neve, címe:

.....

Telefon: 06-/..... Beosztás:

X-elje a megfelelőt:

- A fizetés módja:

- átutalással (előre)
 készpénzzel (a helyszínen)

- A tanfolyam részvételi díjáról a számlát:

- a saját nevemre kérem
 cég/intézmény nevére kérem – ez esetben kérjük csatolni a jelentkezési lap mellékletét képező **kötelezettségvállalási nyilatkozatot.**

Számlát utólag módosítani nem tudunk.

.....

dátum

.....

aláírás



Étkezési zavarok befolyásolásának lehetőségei, technikai autizmussal élő személyeknél

FIZETÉSI KÖTELEZETTSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

(A RÉSZVÉTELI DÍJAT FIZETŐ INTÉZMÉNY/CÉG TÖLTI KI)

Számlázási név:

.....

Számlázási cím:

.....

Postázási név és cím (ha nem egyezik a számlázási névvel és címmel):

.....

.....

Telefon: 06-/.....

Nyilatkozattételre jogosult személy neve, beosztása:

.....

kötelezettséget vállal

az **Autizmus Alapítvány** által szervezett – fent megnevezett – tanfolyam
díjának %-os mértékű, Ft értékű kifizetésére,
..... fő esetében.

A tanfolyamra jelentkező(k) neve:

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

..... P.H.

dátum

aláírás