

# KARTA REJESTRACYJNA SILVA LIFE SYSTEM

(Proszę pisać drukowanymi literami)

1) Data i miejscowość kursu: \_\_\_\_\_

2) Nazwisko i Imię; \_\_\_\_\_

3) Adres: Ulica \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ Mieszk. \_\_\_\_\_

Kod Pocztowy: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_

Telefon (z kierunkowym) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (dom)

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (komórka)

E-mail: \_\_\_\_\_

Zawód: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_

**Zobowiązanie:**

Ja, niżej podpisany zobowiązuje się do używania technik Metody Silvy w ścisłej zgodzie z prawami obowiązującymi w Polsce. W szczególności nie będę używał(a) technik Metody Silvy w celach diagnostycznych lub terapeutycznych, jeżeli nie posiadam dyplomu lekarskiego, lub nie jestem psychologiem. Zwalniam również Silva Mind Control International Inc. oraz/lub ich upoważnionych przedstawicieli, od jakiegokolwiek odpowiedzialności za skutki wynikające z niewłaściwego, zamierzonego lub niezamierzonego zastąpienia stosowanych terapii medycznych, technikami Metody Silvy na sobie lub przeze mnie na innych.

**CZY BYŁ/BYŁA LUB JEST PAN/PANI LECZONY/LECZONA NA NASTĘPUJĄCE DOLEGLIWOŚCI**  
(Proszę odpowiedzieć „tak“ lub „nie“):

Schorzenia umysłowe \_\_\_\_\_ Epilepsja: \_\_\_\_\_ Zawroty głowy (utrata przytomności): \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Zaświadczam, że przeczytałem/przeczytałam i rozumiem treść powyższego tekstu.

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Podpis opiekuna  
(dla osób poniżej 16 lat)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Human Progress – Polska. Andrzej Wójcikiewicz (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

\_\_\_\_\_  
Podpis