

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS DLA FIRM.

Nazwa szkolenia:

Termin szkolenia:

| DANE UCZESTNIKÓW KURSU. | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Lp. | Nazwisko i Imię | Adres zameldowania | PESEL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| DANE DO FAKTURY | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|----------------------|--------------|
| Nazwa Płatnika | | | | |
| Adres. ul. | | Miejscowość: | Kod pocztowy: | NIP: |
| Nr telefonu firmowy: | Nr fax: | E-mail: | | REGON |
| Osoba do kontaktu | Imię nazwisko: | | Tel/e-mail.: | |
| Koszt ogółem za kurs za wszystkie wymienione w zgłoszeniu osoby wynosi kwota brutto. | | | | |
| Załączam dowód wpłaty w wysokości: Słownie:..... na konto 85 8230 0007 0016 2274 2000 0006 Wojewódzkiego Ośrodka Ruchu Drogowego w Warszawie 03-231, ul. Odlewnicza 8. | | | | |

- Warunkiem uczestnictwa w kursie jest dokonanie wpłaty najpóźniej do 7 dnia kalendarzowego przed datą rozpoczęcia kursu i przesłanie wraz ze zgłoszeniem potwierdzenia faksem, skanem. W treści przelewu podając imię i nazwisko oraz nazwę kursu i termin.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Kursów Medycznych i akceptuję jego zapisy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i organizacji kursu zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 Dz. U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn. zm. Wiem, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

Data zgłoszenia

Pieczętka firmy/institucji/organizacji.
zgłaszającej uczestników

Czytelny podpis osoby
upoważnionej z pieczętką