

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI i przesłanie faksem pod nr (42) 648 03 02

Cykl warsztatów szkoleniowych nt „Praktyczne wykorzystanie systemów MAGAZYN I DIETY/FK/DOM I MODUŁY - praca przy komputerach”.

TERMIN SZKOLENIA (DATA):

MIEJSCE SZKOLENIA (MIASTO):.....

1	SZKOLENIA CAŁODNIOWE DLA PIERWSZEJ OSOBY Z JEDNOSTKI (jeden dzień)	390 zł netto
2	SZKOLENIE CAŁODNIOWE DLA KOLEJNEJ OSOBY Z JEDNOSTKI (jeden dzień)	290 zł netto
3	SZKOLENIE Z WYBRANEJ ILOŚCI APLIKACJI DLA WIĘCEJ NIŻ DWÓCH OSÓB Z JEDNOSTKI	CENA USTALANA INDYWIDUALNIE - PROSIMY O KONTAKT POD NUMEREM TELEFONU: 42-648-03-20

			Ilość osób
1	DZIEŃ 1: MAGAZYN I DIETY		
2	DZIEŃ 2: FINANSOWO – KSIĘGOWY		
3	DZIEŃ 3: DOM i MODUŁY		

Informacje:

- ✚ proszę zaznaczyć krzyżykiem wybraną ofertę szkolenia,
- ✚ organizator szkolenia nie ponosi kosztów związanych z dojazdem do miejsca szkolenia,
- ✚ organizator ma prawo odwołać szkolenie w przypadku małej liczby zgłoszeń. Odwołanie szkolenia nastąpi drogą telefoniczną, najpóźniej 2 dni robocze przed rozpoczęciem szkolenia – prosimy o podanie bezpośredniego telefonu do kontaktu,
- ✚ opłata za szkolenie następuje po szkoleniu (przelewem na rachunek organizatora), na podstawie faktury wystawionej i przesłanej pocztą,
- ✚ ilość miejsc ograniczona, o przyjęciu na szkolenie decyduje kolejność rejestracji przysyłanych zgłoszeń,
- ✚ potwierdzenie rejestracji uczestnik otrzyma drogą telefoniczną lub mailową – prosimy o wskazanie preferowanej formy powiadomienia,
- ✚ rezygnacja ze szkolenia musi nastąpić w formie pisemnej, najpóźniej 5 dni roboczych przed terminem szkolenia. W przypadku nie dotrzymania tego terminu i formy rezygnacji, jednostka zgłaszająca daną osobę (osoby) zostanie obciążona kosztami za uczestnictwo zgłoszonej osoby (osób) w szkoleniu. Warunek ten obowiązuje również w przypadku nieobecności zgłoszonej osoby (osób) na szkoleniu.

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

UCZESTNIK 1 - IMIĘ I NAZWISKO:.....	ADRES JEDNOSTKI(KOD POCZTOWY, UL.):
.....	
UCZESTNIK 2 - IMIĘ I NAZWISKO:.....	E-MAIL:.....
.....	
NAZWA JEDNOSTKI:.....	NR TEL. I OSOBA KONTAKTU:.....
.....	
NAZWA JEDNOSTKI:.....	NR TEL. (OSOBA KONTAKTU):.....

Oświadczam, iż w/w szkolenie jest finansowane ze środków publicznych, zgodnie z załączonym oświadczeniem.

.....

.....
Osoba delegująca na szkolenie, upoważniona do reprezentowania jednostki (pieczętka i podpis)