

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Koordynator rodzinnej pieczy zastępczej- profesjonalista.

WROCŁAW 27 Luty 2020

ZGŁASZAJĄCY:.....

ADRES:

NUMER NIP:

EMAIL:

OSOBA DO KONTAKTU:

TELEFON KONTAKTOWY:

FAKS:

UCZESTNICY:

L.p.	Imię i Nazwisko	Stanowisko
1.
2.
3.
4.

UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

1. Przesłanie formularza zgłoszeniowego jest równoznaczne z przyjęciem zobowiązania płatności, które winno nastąpić 7 dni po zakończeniu szkolenia.
2. Rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa najpóźniej na 5 dni roboczych przed datą rozpoczęcia szkolenia. W przypadku powiadomienia na mniej niż 5 dni roboczych Zleceniodawca ponosi pełne koszty szkolenia.
3. Szkolenie płatne jest do 7 dni od zakończenia szkolenia po otrzymaniu faktury na szkoleniu.

TAK, NIE - wyrażam zgodę/y na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Firmę Szkoleniową PRAXE Piotr Domaradzki , ul. Wąska23, 43-502Czechowice-Dziedzice (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) - w celu informowania o kolejnych szkoleniach organizowanych przez naszą Firmę.

Uprzejmie informujemy, iż podane w formularzu rejestracyjnym dane osobowe będą przetwarzane przez Firmę Szkoleniową PRAXE Piotr Domaradzki z siedzibą przy ul. Wąskiej 23, 43-502 Czechowice-Dziedzice, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016, poz. 922) w celu organizacji szkolenia i informowania o innych szkoleniach organizowanych w przyszłości. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wpisania Państwa na listę uczestników szkolenia.

Oświadczam, że szkolenie finansujemy ze środków publicznych (proszę zaznaczyć odpowiednie)

TAK NIE

.....
(pieczęć firmowa) (podpis)

Po zakończeniu szkolenia uczestnicy otrzymają rachunek za szkolenie płatny na konto nr:
98 1140 2017 0000 4602 0666 8604