

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. 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