

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

SKAN FORMULARZA PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES szkolenia@elokon.pl LUB FAXEM NA NR: 22 613 36 32

SZKOLENIE	TERMIN	MIASTO

DANE UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

IMIĘ I NAZWISKO	STANOWISKO
1.	
2.	
3.	
4.	

DANE PŁATNIKA

NAZWA FIRMY		
ULICA	MIEJSCOWOŚĆ	KOD
NIP	TEL.	E-MAIL
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ		
TEL.	E-MAIL	

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12.05.1993 [Dz. Ust. 39/93 poz. 176] upoważniamy Elokon Polska Sp. z o.o. do wystawienia faktury bez podpisu odbiorcy.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celu realizacji procesu szkolenia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (Dz.U. nr 101 z 2002r., poz. 926 z późn. zm.)

WARUNKI UCZESTNICTWA:

CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA WYNOŚI _____ PLN NETTO DLA PIERWSZEJ OSOBY, DLA KAŻDEJ KOLEJNEJ _____ PLN NETTO (CENA ZAWIERA: NOCLEG I KOLACJĘ INTEGRACYJNĄ - PRZY SZKOLENIU 2-DNIOWYM, WYŻYWIENIE, UDZIAŁ W SZKOLENIU I KONSULTACJACH, MATERIAŁY SZKOLENIOWE).

SZKOLENIE ODBĘDZIE SIĘ W PRZYPADKU ZEBRANIA MINIMALNEJ GRUPY UCZESTNIKÓW. OSTATECZNE POTWIERDZENIE NASTĄPI DO 7 DNI PRZED ROZPOCZĘCIEM SZKOLENIA.

 PODPIS ZAMAWIAJĄCEGO

 DATA, PIECZĄTKA



ELOKON Polska Sp. z o.o.
 ul. Tytoniowa 22
 04-228 Warszawa

Tel (+48 22) 812 71 38
 Fax (+48 22) 613 36 32

elokon@elokon.pl
 www.elokon.pl

Bank Zachodni WBK S.A.
 23 Oddział Warszawa
 50 1090 1030 0000 0001 2244 0365

NIP 5270202006

Sąd Rejonowy dla m.st. W-wy w
 Warszawie
 XX Wydział Gospodarczy
 Kapitał Zakładowy 100.000 PLN