

Formularz zgłoszeniowy

Zgłaszamy swoje uczestnictwo w szkoleniu pt.:

.....
.....

Termin: _____

Pełna nazwa instytucji: _____
Adres: _____
NIP: _____
Koszt uczestnictwa _____
Osoba do kontaktu: _____
TEL: _____ FAX: _____
E-mail: _____

UWAGA! Poniżej prosimy o podanie uczestników.

Imię i nazwisko	Pesel i miejsce urodzenia*	Nr licencji

*na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11.01.2012 (Dz. U. z 2012r., poz. 186, z późn. zmian.)

Należność za udział prosimy przekazać po szkoleniu na rachunek bankowy.**Bank Zachodni WBK S.A. nr konta 44 1090 2590 0000 0001 3463 7339****dla: 4EDU Sp. z o. o., ul. Jagiellońska 3/5 , 44-100 Gliwice**

W przypadku rezygnacji ze szkolenia na 1 dzień przed szkoleniem uczestnik zobowiązuje się do uiszczenia 50% odpłatności za szkolenie.

W związku z obowiązującą Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną prosimy o wyrażenie zgody (art. 10 ust. 2 ww. Ustawy) na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji dotyczących szkoleń, usług doradczych i e-produktów oferowanych przez firmę 4EDU sp. z o.o.

 Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody_____
data i podpisWięcej informacji można uzyskać pod nr tel. **32 302-96-84/88** nr fax **32 721-86-53**
lub pisząc na szkolenia@4edu.com.pl