

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł szkolenia			
Dane firmy			
Nazwa			
Adres			
Kod pocztowy	Miasto		
Numer NIP			
Osoba kontaktowa ze strony Klienta			
Imię i Nazwisko			
Telefon			
Adres e-mail			
Dane dot. szkolenia			
Data i miejsce szkolenia			
Całkowity koszt szkolenia[PLN netto]			
Uczestnicy szkolenia			
	LP	Imię	Nazwisko
	1		
	2		
	3		
	4		
Akceptacja zamówienia			
Imię i nazwisko osoby upoważnionej:		Data, podpis i pieczęć firmowa:	

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie i odesłanie skanu niniejszego formularza zgłoszeniowego na adres e-mail: szkolenia@teamprevent.com bądź nadesłanie na numer faksu +48 32 212 50 91

UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAMÓWIENIA :

- 1) Potwierdzenie uczestnictwa Klienta w szkoleniu jest równoznaczne z przyjęciem zobowiązania płatności.
- 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) Obowiązują ogólne warunki współpracy Team Prevent dostępne na www.teamprevent.pl.