

Formularz umożliwiający odbycie szkolenia na AS
II stopnia

Data szkolenia

Imię i Nazwisko uczestnika

Pełna nazwa firmy

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

NIP

Telefon

Fax

e-mail

Adres strony www

Inne informacje

Blank space for stamp and signature

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997r

data i miejscowość

pieczęć firmy

podpis zgłaszającego

Potwierdzeniem udziału w szkoleniu jest dokonanie opłaty na konto firmy na 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia:

Bank: PeKaO S.A.

Nr konta: 72 1240 5787 1111 0000 5757 7706

Tytuł przelewu: Szkolenie II