



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PEŁNOMOCNIK / MENEDŻER DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ



W dniu zgłaszam uczestnictwo w kursie.....
 organizowanym przez konsorcjum, w imieniu którego działa EUROPEJSKA GRUPA DORADCZA Sp. z o.o. w Katowicach reprezentowaną przez Prezesa Zarządu
 - Andrzeja Tokarskiego, Biuro Zarządu Kalisz 62-800, ul. M.Konopnickiej 2-4, NIP 634-254-55-56, REGON 278347805-00021, w terminie I SPOTKANIE
 II SPOTKANIE III SPOTKANIE
 w miejscu (proszę wpisać wybrany termin i miasto).

Niniejszym zobowiązuję się do pokrycia kosztów wynikających z niniejszej umowy w kwocie.....
 (słownie)..... nie później niż na 7 dni przed szkoleniem.

DANE OSOBOWE

(WYPEŁNIA KANDYDAT NA KURS)

NAZWISKO		IMIĘ	
DATA URODZENIA		WYKSZTAŁCENIE	
STANOWISKO		DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE /LATA/	
E-MAIL		TELEFON	

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW Z DN. 12.05.1993R. (DZ.U. NR 39/93 POZ.176) OŚWIADCZAMY, ŻE:

FIRMA Pełna nazwa, ulica, numer, miasto, kod, województwo, KRS, REGON,			
BRANŻA FIRMY			
OSOBA DO KONTAKTU			
TEL/FAX		E-MAIL	
NR NIP			

W przypadku rezygnacji z udziału w kursie, złożonej na piśmie na 14 dni przed jego rozpoczęciem, wniesiona opłata zostanie zwrócona w całości na konto wpłacającego. Słuchaczowi nie przysługują zwrot wniesionych opłat w momencie rezygnacji z uczestnictwa w zajęciach po ich rozpoczęciu a pozostałe opłaty wynikające z podpisanej umowy pozostają wymagane w 100 % + należne odsetki za zwłokę. Upoważniam EUROPEJSKĄ GRUPĘ DORADCZĄ Sp. z o.o. w Katowicach do wystawienia faktury bez podpisu, wg danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowy. Niniejszym potwierdzam autentyczność danych osobowych wpisanych w formularzu. W związku z Ustawą z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych przez EUROPEJSKĄ GRUPĘ DORADCZĄ w Katowicach. Dostarczenie niniejszego formularza zgłoszeniowego potwierdza zapoznanie się i akceptację powyższego regulaminu.

DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ, KIERUJĄCEJ PRACOWNIKĄ	DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPEREZENTOWANIA FIRMY / INSTYTUCJI	PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZGŁOSZENIE
--	--	---------------------------------

Wszystkie wpłaty prosimy dokonywać na konto: ING BANK ŚLĄSKI
NR RACHUNKU 18 1050 1201 1000 0023 0545 3231 określając tytuł płatności