

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Instytucje

Imię i Nazwisko osoby do kontaktu*:

Zgłaszam uczestnictwo w szkoleniu ___ osób Lista osób w załączniku do formularza

Nazwa szkolenia:

W trybie:

Grupowym otwartym, w terminie w godzinach

Szkolenie grupowe zamknięte – termin ustalany z opiekunem szkoleniowym

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem szkoleń Centrum Szkoleń Komputerowych DIACOM i proszę o wystawienie faktury pro-forma na podstawie której ureguluję płatność za szkolenie.

Dane do wystawienia faktury VAT

nazwa instytucji*:

adres do faktury:

NIP:

tel. kontaktowy:

fax:

e-mail:

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) przez firmę DIACOM z siedzibą w Warszawie. DIACOM zapewnia Państwu prawo wglądu do swoich danych i ich aktualizacji.

**Podpis i pieczęć przedstawiciela jednostki
szkoleniowej**

**Podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela
jednostki zlecającej szkolenie**

DIACOM s.c.

ul. Mokotowska 14, 03-561 Warszawa, Tel/Fax: 22/ 622 01 11 www.diacom.com.pl, szkolenia@diacom.com.pl
NIP 7010083540, REGON 141106114, nr konta: 84 1240 6218 1111 0000 4619 7791

ZAŁĄCZNIK DO FORMULARZA

Lista osób

Lp.	Imię i Nazwisko uczestnika	Data i miejsce urodzenia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		