

KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

Nazwa szkolenia:

“SPECJALISTA DS. OBSŁUGI KSIĘGOWO - FINANSOWEJ, KADROWEJ I POZYSKIWANIA POMOCY PUBLICZNEJ W RAMACH ZATRUDNIANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ ORAZ U PRACODAWCÓW Z OTWARTEGO RYNKU PRACY”

Termin i miejsce szkolenia:

2-3 grudnia 2010r. KOŁOBRZEG/HOTEL ARKA MEDICAL SPA****

Imię i nazwisko uczestnika:

Stanowisko:

1.
2.

.....
.....

Faktura wystawiona na firmę:

Nazwa firmy:

Adres:

NIP: Tel: e-mail:

Faktura wystawiona na osobę fizyczną:

Imię i nazwisko:

Imię i nazwisko:




Miejsce zamieszkania:

Miejsce zamieszkania:

Osobisty NIP:

Osobisty NIP:

Cena:

- cena: **990 zł** (dla Klientów )
- cena: **940 zł** (dla drugiej osoby z tej samej firmy - Klienci )
- cena: **900 zł** (dla trzeciej i kolejnej osoby z tej samej firmy - Klienci )
- cena: **1 100 zł** (dla pozostałych firm)
- cena: **1 050 zł** (dla pozostałych firm - druga osoba z tej samej firmy)
- cena: **1 000 zł** (dla pozostałych firm - trzecia i kolejna osoba z tej samej firmy)

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy:

Pieczęć firmowa:

Oświadczamy, że jesteśmy płatnikami podatku VAT i upoważniamy Państwa do wystawienia faktury VAT bez naszego podpisu. Osoby nieobecne na szkoleniu, które nie poinformują nas o rezygnacji w formie pisemnej do 3 dni przed szkoleniem zostaną obciążone całością kosztów uczestnictwa.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie przez Ogólnopolską Bazę Pracodawców Osób Niepełnosprawnych powyższych informacji zgodnie z zachowaniem postanowień Ustawy o ochronie danych osobowych oraz Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Uwaga: Karta zgłoszenia powinna zostać przesłana faksem na numer (0-16) 679 16 16 lub e-mailem na adres: biuro@obpon.pl
Rachunek OBPON: BRE Bank SA 13 1140 2017 0000 4602 0786 3428 - NA PRZELEWIE PROSIMY PODAĆ NAZWĘ I TERMIN SZKOLENIA