

Karta zgłoszenia na szkolenie

Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych

ul. Gałczyńskiego 4, 00-953 Warszawa 37, NIP 525-10-17-503

tel/fax (22) 827-86-80 tel/fax (22) 828-46-96

email: kzrsiisn@poczta.onet.pl, Adres www: kzrsiisn.pl

PEKAO SA O/Warszawa 25 1240 6175 1111 0000 4565 4730

Szkolenie nt:

w miejscowości

„Zagrożenia dla kontynuacji wsparcia zatrudnienia w formie subwencji płacowych w świetle najnowszej wersji regulacji unijnej dotyczącej dopuszczalności pomocy publicznej od roku 2014.”	20-21.06.2013 Hotel Wald- Warszawa
---	------------------------------------

Dane do faktury:

Nazwa podmiotu:

Adres:

NIP:

Nazwisko osoby zgłoszonej oraz telefon kontaktowy:

Uwagi:

Upoważnienia do wystawienia faktury imiennej.

(wypełnić tą część jeśli faktura ma być imienna a nie na zakład)

Dla Krajowego Związku Rewizyjnego Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych do wystawienia faktury imiennej VAT dla pracownika naszego zakładu.

Imię i Nazwisko:

Adres:

**Wyrażam zgodę na obciążenie częścią lub pełnymi kosztami szkolenia w przypadku rezygnacji (wylącznie w formie pisemnej do 2 dni przed) lub w przypadku nie zgłoszenia się uczestnika na szkolenie.*

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez KZRSIISN z siedzibą w Warszawie, ul Gałczyńskiego 4, a, do celów związanych z realizacją zgłaszanej usługi, wystawianiem faktur bez naszego podpisu oraz przekazywaniem informacji handlowych i podejmowaniem działań marketingowych w formach prawem dozwolonych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm).*

Oświadczam, że jesteśmy płatnikami podatku VAT i upoważniamy Państwa do wystawienia faktury Vat bez naszego podpisu.

.....
Data i miejscowość

.....
pieczęć firmowa

.....
podpis osoby upoważnionej