

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

Karta zgłoszenia:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:
Kod i miejscowość:

Ulica, nr domu, nr lokalu:

Telefon:Fax:

Email:.....

NIP:PESEL:.....

Proszę o wpisanie mnie na listę uczestników następujących szkoleń:

Szkolenie podstawowe z zakresu ddd - 16,17,18 Października 2017 .r WARSZAWA

Dane do faktury

Nazwa firmy

Adres

NIP

.....
Podpis zgłaszającego

Osoby zainteresowane szkoleniami proszone są o wypełnienie karty szkolenia i przesłanie jej na e-mail:

biuro@deratyzacja.com.pl .

Rezygnacja ze szkolenia może nastąpić najpóźniej do dnia 5.10.2017 r.

Odwołanie udziału w szkoleniu po dniu 5.10.2017 r. wiąże się z koniecznością pokrycia kosztów organizacji szkolenia w wysokości 100%. Niewzięcie udziału w szkoleniu nie zwalnia z dokonania opłaty.

Odwołanie zgłoszenia wymaga formy pisemnej (faks lub e-mail):.

Polskie Stowarzyszenie Pracowników DDD

ul Karowa 31,
00-324 Warszawa

e-mail: biuro@deratyzacja.com.pl

Wpłaty należy dokonać konto :Bank Millenium SA 90 1160 2202 0000 0000 2918 6775

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji o szkoleniach organizowanych przez PSPDDD drogą elektroniczną zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. O świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Z d2002 r Nr 144 poz.1204 z późn. zm.)

.....
Data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. (Dz. U. 2016 r. Nr 0, poz.922).

.....
Data i czytelny podpis

UWAGA:

Organizator szkolenia t.j PSPDDD zastrzega sobie możliwość zmiany terminu i miejsca szkolenia z przyczyn od niego niezależnych.