

Osoby zgłoszone na szkolenia				
Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Nazwa szkolenia	Termin szkolenia
1.				
2.				
3.				

Zgłaszający – dane do faktury			
Nazwa firmy			
Adres firmy			
NIP		REGON	
Telefon		Faks	
Osoba do kontaktu		E-mail	

Prosimy o przesłanie Formularza faxem na numer: (032) 72 85 803

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych GARR S.A. oraz ich wykorzystywanie w celach marketingowych i promocyjnych. Informujemy, że przysługuje Państwu prawo do wglądu i poprawiania zgromadzonych danych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883).



.....
Data

.....
Pieczęć firmy

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Organizator na 7 dni przed szkoleniem skontaktuje się z uczestnikiem w celu potwierdzenia uczestnictwa. W przypadku rezygnacji Uczestnika ze szkolenia na 3 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia, wniesiona opłata nie będzie podlegała zwrotowi.