

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE.....
*kategoria szkolenia**DANE ZGŁASZAJĄCEGO (PŁATNIKA):**

nazwa firmy / imię i nazwisko

adres firmy / adres zamieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

NIP

Telefon

e-mail

DANE OSÓB ZGŁASZANYCH NA SZKOLENIE:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Termin szkolenia

Każdy uczestnik szkolenia musi przedstawić ważne badania lekarskie w zależności od typu urządzenia.

Opłata za szkolenie dokonywana jest z góry – gotówką w dniu szkolenia lub przelewem na podstawie faktury pro forma.

UWAGA! Po otrzymaniu zgłoszenia potwierdzimy termin szkolenia.

.....
pieczęć i podpis zgłaszającego