

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa szkolenia: *

Data szkolenia: *

Uczestnik szkolenia:

Imię *

Nazwisko *

Dane korespondencyjne:

Adres

e-mail *

tel.

Faktura/Paragon *

Faktura

Paragon

Dane do faktury:

(jeśli ma być wystawiona)

Nazwa odbiorcy/płatnika

Adres odbiorcy/płatnika

NIP odbiorcy/płatnika

* pole wymagane

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach realizacji szkolenia zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 2016 r. poz. 922) przez firmę Sabina Błędzińska Centrum Terapeutyczne SPERARE, z siedzibą w Katowicach przy ul. Głogowskiej 28.

☐ Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki regulaminu uczestnictwa w szkoleniu.