

TEMAT SZKOLENIA			
TERMIN		LOKALIZACJA	
DANE FIRMY ZGŁASZAJĄCEJ	NAZWA FIRMY		
	ADRES		
	NIP		
DANE OSOBY DO KONTAKTU	IMIĘ I NAZWISKO		
	NR TEL. / E-MAIL		

DANE OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W SZKOLENIU*			
LP.	IMIĘ I NAZWISKO	STANOWISKO	NR TEL. / E-MAIL

\*prosimy o wypełnienie danych drukowanymi literami

### Rezerwacja noclegu:

Data przyjazdu/ wyjazdu: .....

Pokój:  1-osobowy ilość .....

2-osobowy ilość .....

Zgłoszenie prosimy wysłać na adres e-mail: **info@ergosol.pl**

Nadesłanie zgłoszenia jest jednocześnie zobowiązaniem do zapłaty. Osoby, które nie odwołają pisemnie swojej rezerwacji w terminie do 7 dni przed szkoleniem a nie wezmą udziału w szkoleniu, będą obciążone pełnymi kosztami uczestnictwa.

Ergo Solutions zastrzega sobie prawo do zmiany terminu, wykładowcy lub odwołania szkolenia z przyczyn niezależnych od organizatora.

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych Ergo Solutions oraz na ich przetwarzanie zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z realizacją usługi szkoleniowej.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymanie informacji handlowej w rozumieniu  Tak  Nie ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....  
Czytelny podpis osoby zamawiającej

