

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

formularz prosimy przesłać mailem: biuro@scb.pl

Temat szkolenia:

Termin szkolenia	Termin przesłania testu egzaminacyjnego	Cena za osobę (według cennika):

* Imię i nazwisko, stanowisko, data urodzenia(1)

--

Imię i nazwisko, stanowisko, data urodzenia (2)

--

DANE FIRMY/INSTYTUCJI

Nazwa:

--

Adres:

--

Kod pocztowy

Miejscowość

NIP:	e-mail: Tel.:

SUDECKIEGO CENTRUM BIZNESU "SCB"

Nr konta: BRE Oddział Bankowości Detalicznej 40 1140 2017 0000 4902 0969 3864

UWAGI:

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia szkolenia i wypisania zaświadczenia ukończenia szkolenia.
2. Akceptuję „Regulamin warunków uczestnictwa w szkoleniach. (Szczegóły - strona internetowa www.scb.pl).

--	--

Miejscowość, data

(podpis zgłaszającego oraz pieczęć firmowa)