F o r m u l a r z Z g ł o s z e n i o w y

Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Wielkopolski w Poznaniu OT Konin

CENTRUM EDUKACJI UL. SPÓŁDZIELCÓW 3 62-510 KONIN

Telefon: Dział Szkolenia (63) 243-78-14, fax (63) 243-78-14 konin@skwp.pl; www.skwp.poznan.pl

Nr konta: PKO BP I Oddz. Konin nr 92 1020 2746 0000 3002 0068 2302

ZGŁASZAM UDZIAŁ W KURSIE/SZKOLENIU:

❑ .....

❑ .....

(nazwa kursu)

☐ **sobota/niedziela** ☐ **dwa razy w tygodniu, od godz. 16.30**

(preferowany tryb odbywania zajęć – właściwe zaznaczyć / podkreślić)

A. DANE UCZESTNIKA KURSU

Nazwisko					**Imię**				
PESEL									
Data i miejsce urodzenia	**Data**		**w**		**Województwo**				
Adres zameldowania	**ul.**				**Nr domu**		**Lok.**		
	Kod pocztowy		**Miejscowość**		**Poczta**				
Telefon prywatny					**E-mail**				
Adres do korespondencji	**ul.**				**Nr domu**		Lok.		
	Kod pocztowy		**Miejscowość**		**Poczta**				
Wykształcenie	**podstawowe, średnie, wyższe, inne*** : ** właściwe podkreślić*								
Zajmowane stanowisko					**Lata praktyki**				

B. DANE ZAKŁADU PRACY - jeśli jest płatnikiem szkolenia

Nazwa i adres firmy	**N I P**					
	Nazwa					
	ul.		**Nr domu**		**Lok.**	
	Kod pocztowy		**Miejscowość**			
Telefon do firmy			**Fax**			
E-mail						

C. ZOBOWIĄZANIE UCZESTNIKA KURSU / PŁATNIKA

Zobowiązuję się do pokrycia należności tytułem uczestnictwa w kursie w terminach i kwotach ustalonych przez Organizatora. W przypadku rezygnacji z kursu (wymagana forma pisemna) zwrotowi nie podlega kwota stanowiąca równowartość wydanych materiałów szkoleniowych oraz potrącane jest 5% ceny kursu jako koszty manipulacyjne. Zwrotów dokonuje się tylko w przypadku rezygnacji z kursu nie później niż w ciągu dwóch pierwszych zajęć.

podpis _____

D. OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb procesu zgłoszenia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 133, poz. 833).

data _____ ***podpis*** _____