

**Formularz zgłoszenia na szkolenie**

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza na nr **faxu (032) 720 20 52** lub po wypełnieniu prosimy zeskanować i przesłać na adres mailowy: **info@emt-systems.pl**

**DANE DO FAKTURY<sup>1)</sup>:**

|                               |  |                     |  |
|-------------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Nazwa Firmy</b>            |  |                     |  |
| <b>Ulica</b>                  |  | <b>Miasto</b>       |  |
| <b>NIP</b>                    |  | <b>Kod pocztowy</b> |  |
| <b>Adres korespondencyjny</b> |  |                     |  |

<sup>1)</sup> W przypadku osób prywatnych należy podać dokładny adres zamieszkania

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

|                        |  |                        |  |
|------------------------|--|------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b> |  | <b>Tel. kontaktowy</b> |  |
| <b>Stanowisko</b>      |  | <b>Email</b>           |  |

| <b>Nazwa szkolenia</b> | <b>Termin i lokalizacja</b> | <b>Cena netto za 1 osobę</b> | <b>Ilość osób</b> | <b>Suma netto</b> | <b>Suma brutto z VAT 23%</b> |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
|                        |                             |                              |                   |                   |                              |
|                        |                             |                              |                   |                   |                              |
|                        |                             |                              |                   |                   |                              |

Zgłaszamy udział podanej ilości osób w szkoleniach:

| <b>Imię i nazwisko uczestnika</b> | <b>Stanowisko</b> | <b>Telefon kontaktowy</b> | <b>Email</b> |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|
|                                   |                   |                           |              |
|                                   |                   |                           |              |
|                                   |                   |                           |              |

Wyrażam zgodę na otrzymywanie faktur VAT droga elektroniczną na adres e-mail \_\_\_\_\_

*Prosimy o dokładne podanie wszystkich powyższych danych!*

Przesłanie formularza zgłoszeniowego jest równoznaczne z akceptacją warunków uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez EMT-Systems Sp. z o. o. dostępnych na stronie:

<http://emt-systems.pl/warunki-uczestnictwa-w-szkoleniach.html>

Podane przez Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji umowy szkoleniowej. Polityka prywatności:

<http://emt-systems.pl/polityka-prywatnosci.html>

miejscowość, data

podpis oraz pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)