**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:**

**‘Rozwiązania CCTV IP – część II’**  
TERMIN KURSU: 8.03.2017r.

**DANE FIRMY ZGŁASZAJĄCEJ/DANE DO FAKTURY:**NAZWA:  
ADRES:  
TELEFON:  
MAIL:  
NIP:

**DANE KONTAKTOWE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA ZGŁOSZENIA:**IMIĘ I NAZWISKO:  
TELEFON:  
MAIL:

**LISTA ZGŁOSZONYCH UCZESTNIKÓW:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **TELEFON** | **MAIL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Czas trwania szkolenia: 8h  
Koszt szkolenia: 190,00 zł / osoba (kwota do zapłaty, zw. Z VAT)  
Miejsce szkolenia: ul. Poleczki 82, 02-822 Warszawa

Warunki uczestnictwa

1. Wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego najpóźniej 7 dni przed planowanym szkoleniem

2. Dokonanie opłaty za udział w szkoleniu w wysokości **…………………..** na konto   
mBank 2511 4019 7700 0059 4467 0010 01 nie później niż 7 dni od zapisania się na szkolenie  
3. Niedokonanie opłaty w terminie jest równoznaczne z rezygnacją ze szkolenia  
4. Opłata za kurs obejmuje uczestnictwo w szkoleniu, materiały szkoleniowe, certyfikat ukończenia kursu,   
poczęstunek, przerwy kawowe  
5. W przypadku odwołania szkolenia uczestnikowi zaproponowany zostanie nowy termin szkolenia lub zwrot wniesionej opłaty  
  
Rezygnacja ze szkolenia  
1. Rezygnacja z udziału w szkoleniu może nastąpić nie później niż 7 dni przed planowanym szkoleniem2. Rezygnację należy przesłać faxem na numer 22 849 94 83 lub na adres e-mail: [szkolenia@seculab.pl](mailto:szkolenia@seculab.pl)   
3. W przypadku spełnienia warunków nastąpi zwrot wniesionej opłaty

……………………………………

data, podpis osoby kierującej na szkolenie