**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:**

**‘Rozwiązania CCTV IP – część I’**
TERMIN KURSU: 22.02.2018r.

**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 5 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
3. W przypadku spełnienia warunków nastąpi zwrot wniesionej opłaty

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia udziału w szkoleniu przez Centrum Wiedzy
i Technologii zabezpieczeń technicznych z siedzibą w Warszawie, ul. Poleczki 82 w celach realizacji zgłoszenia uczestnictwa w w/w szkoleniu, jak również w celach marketingowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133 poz. 883.

 ……………………………………

 data, podpis osoby kierującej na szkolenie