

TEMAT SZKOLENIA

TERMIN LOKALIZACJA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ I UPOWAŻNIONEJ

NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO OSOBY INDYWIDUALNIE ZGŁASZANEJ.....

..... NIP

KOD/MIEJSCOWOŚĆ UL.NR.....

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ SZKOLENIE

E-MAIL

TEL. KONTAKTOWY

LISTA OSÓB ZGŁASZANYCH NA SZKOLENIE

IMIĘ I NAZWISKO	DATA I MIEJSCE UR.	E-MAIL	TEL. KONTAKTOWY
1.
2.
3.
4.
5.
6.

KWOTA DO ZAPŁATY SŁOWNIE

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO

1. Forma płatności

➤ Przelew na konto SAMAX:
Nr konta: 75 1090 1766 0000 0001 0475 9392

➤ Inna forma płatności ustalona z Działem Szkoleniowym przed dokonaniem niniejszego zgłoszenia

2. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12.05.1993 (Dz. Ust. 39/93 poz. 176) podatnik

.....
Oświadczam, że jest / nie jest płatnikiem podatku od towarów i usług VAT i upoważniam SAMAX do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

3. Wyrażamy zgodę na umieszczenie danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu w bazie danych SAMAX i ich przetwarzanie w celach marketingowych.

TAK NIE

4. Wyrażamy zgodę na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących oferty szkoleniowej SAMAX w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

TAK NIE

.....
Data zgłoszenia

.....
Czytelny podpis