

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU



Imię i nazwisko uczestnika:	
Tytuł szkolenia:	
Preferowany termin:	

Zgłaszający (płatnik):					
Adres płatnika:					
Numer NIP:					
Osoba do kontaktu:					
tel.:		fax:		e-mail:	

Zgłaszam ww. uczestnika na ww. szkolenie.

Akceptuję „Warunki uczestnictwa w szkoleniach płatnych APP” i zobowiązuję się do opłaty kosztów uczestnictwa.

.....
Pieczęć firmowa zgłaszającego

.....
Data i podpis zgłaszającego

DANE UCZESTNIKA *)

Stanowisko:					
Miejsce pracy:					
Staż pracy:	ogółem:		na obecnym stanowisku:		
tel.:		fax:		e-mail:	

*) Dane zawarte w ankiecie są ważną informacją dla wykładowcy, umożliwiającą dostosowanie zajęć do profilu uczestników oraz ewentualny bezpośredni kontakt przed szkoleniem.

Wypełniony i podpisany formularz należy zeskanować i przesłać na adres szkolenia@app.com.pl