|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | logo_poziomo_znak_zastrzezony | **logo_opzl** | | | | | | | | |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – UMOWA** | | | | | | | |
| W dniu ……………………………… zgłaszam uczestnictwo w KURSIE DLA KANDYDATÓW NA CZŁONKÓW RAD NADZORCZYCH organizowany przez  EUROPEJSKĄ GRUPĘ DORADCZĄ Sp. z o.o. w Katowicach reprezentowaną przez Prezesa Zarządu - Andrzeja Tokarskiego,  Biuro Zarządu Kalisz 62-800, ul. Serbinowska 1a, NIP 634-254-55-56, REGON 278347805-00021, w terminie ……………………………………………………………………….…  wmiejscu *……………………..……………………….……………… (proszę wpisać wybrany termin i miasto).* | | | | | | | |
| Niniejszym zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wynikających z niniejszej umowy w kwocie.......................................................  (słownie)............................................................................................................................................................... nie później niż na 7 dni przed szkoleniem. | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE**  *(WYPEŁNIA KANDYDAT NA SZKOLENIE)* | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | **IMIĘ** | |  | |
| **DATA URODZENIA** |  | | | **WYKSZTAŁCENIE** | |  | |
| **E-MAIL** |  | | | **TELEFON** | |  | |
| **STANOWISKO** |  | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**  *ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW Z DN. 12.05.1993R. (DZ.U. NR 39/93 POZ.176) OŚWIADCZAMY, ŻE:* | | | | | | | |
| 1. **FIRMA**  **Pełna nazwa, ulica, numer, miasto, kod, województwo, KRS, REGON,** |  | | 2. **DANE  DO FAKTURY \***  /\*/ jeżeli dane są inne niż w pkt. 1 | |  | | |
| 3. **BRANŻA FIRMY** |  | | | | | | |
| 4. **TEL/FAX** |  | | 5. **E-MAIL** | |  | | |
| 6. **NR NIP** |  | | 7. **OSOBA  DO KONTAKTU** | |  | | |
| Organizator nie ponosi odpowiedzialności za odwołanie szkolenia w dniu jego rozpoczęcia lub każdym następnym dniu jego trwania jeżeli będą miały miejsce zdarzenia losowe tj. nagła choroba czy wypadek osoby prowadzącej lub inne okoliczności, które uniemożliwiają przeprowadzenie szkolenia lub jego kontynuowanie. O swej decyzji organizator obowiązany jest powiadomić uczestników telefonicznie lub na piśmie, najpóźniej na 3 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Zapłacona kwota może stanowić zaliczkę na poczet szkolenia w innym terminie lub innego szkolenia wybranego przez zamawiającego, pod warunkiem pisemnego (fax lub e-mail) oświadczenia jego woli. Rezygnacji z udziału w szkoleniu bez ponoszenia kosztów można dokonać najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem zajęć. W przypadku rezygnacji na mniej niż 7 dni przed terminem szkolenia uczestnik ponosi 50% kosztów, całkowity koszt szkolenia ponoszony jest przez uczestnika w przypadku rezygnacji w dniu jego rozpoczęcia. Informacja o rezygnacji ze szkolenia lub o zmianie terminu wymaga formy pisemnej. W przypadku odwołania szkolenia przez organizatora i rezygnacji uczestnika z udziału w szkoleniach, dokonane opłaty zostają bezzwłocznie zwrócone w pełnej wysokości. Upoważniam EUROPEJSKĄ GRUPĘ DORADCZĄ Sp. z o.o. w Katowicach do wystawienia faktury bez podpisu, wg danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowy. Niniejszym potwierdzam autentyczność danych osobowych wpisanych w formularzu. W związku z Ustawą z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych przez Europejską Grupę Doradczą w Katowicach.  Dostarczenie przez uczestnika niniejszego formularza zgłoszeniowego do Europejskiej Grupy Doradczej Sp. Z o.o. potwierdza zapoznanie się i akceptuję powyższego regulaminu. | | | | | | | |
| DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ,  KIERUJĄCEJ PRACOWNIKA | | DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ  DO REPREZENTOWANIA FIRMY | | | | | PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZGŁOSZENIE |
| **Wszystkie wpłaty prosimy dokonywać na konto: ING BANK ŚLĄSKI O/KALISZ**  **NR RACHUNKU 18 1050 1201 1000 0023 0545 3231 określając tytuł płatności** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ***Nr i data wystawiania faktury:*** |