

FORMULARZ REZERWACJI SZKOLENIA W INFOVIDE-MATRIX

WYPEŁNIONY FORMULARZ PROSIMY PRZESŁAĆ DO FIRMY INFOVIDE-MATRIX NA NR FAX: (22) 440 25 01

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa firmy			Adres firmy (ulica, miasto, kod)		
NIP		Telefon		Fax	

Dane osoby w firmie Zamawiającej odpowiedzialnej za kontakt organizacyjny:

Imię i nazwisko			Stanowisko		
e-mail			Telefon		

Dane dotyczące uczestników szkolenia:

Dane dotyczące szkolenia:

Imię i nazwisko	Stanowisko	e-mail	Telefon bezp.	Nazwa lub kod kursu	Termin kursu	Cena kursu /osobę
Łączna kwota zamówienia:						

Dodatkowe informacje dotyczące organizacji szkolenia:

Czy rezerwować miejsce w hotelu? <input type="checkbox"/>	Terminy:
---	----------------

Warunki płatności i realizacji zamówienia:

Podpisanie dokumentu przez osobę akceptującą zobowiązania finansowe Zamawiającego jest niezbędnym warunkiem rezerwacji miejsca na kursie oraz potwierdzenia przyjęcia przez Zamawiającego warunków finansowych i organizacyjnych. Pozwala to na wystawienie faktury, której zapłaceniu jest podstawą do udziału w szkoleniach. Wpłaty należy dokonać na konto: **Deutsche Bank PBC S.A. nr rach. 11191011233400170921210001**. Ceny kursów podane w katalogu mogą ulec zmianie. W przypadku złożenia rezygnacji w terminie między 5 a 10 dniem roboczym przed rozpoczęciem szkolenia zmuszeni będziemy do potrącenia 50% jego ceny. Rezygnacja złożona na mniej niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem szkolenia, spowoduje obciążenie Zamawiającego pełnymi kosztami uczestnictwa. Możliwe jest zastępstwo zgłoszonego uczestnika. Infovide-Matrix S.A. zastrzega sobie prawo odwołania szkolenia z przyczyn od niej niezależnych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę Infovide-Matrix SA, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 133) oraz Ustawą z dn. 18.07.02 o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Akceptuję koszty oraz proponowane warunki prowadzenia szkoleń. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do akceptacji kosztów:

Podpis osoby uprawnionej do akceptacji kosztów i stosowna pieczęć

Stanowisko: Data: