

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

Skan wypełnionego zgłoszenia proszę przesłać na adres: marta.stolowska@elokon.pl

Szkolenie	Termin	Miasto
Imię i nazwisko		Stanowisko
1.		
2.		
3.		
4.		

Dane płatnika

Nazwa firmy		
Ulica	Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	Tel.	E-mail
Imię i nazwisko osoby zamawiającej		
Tel.	E-mail	

Informujemy, że Administratorem danych jest firma ELOKON Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Tytoniowej 22. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12.05.1993 (Dz. Ust. 39/93 poz. 176) upoważniamy ELOKON Polska Sp. z o.o. do wystawienia faktury bez podpisu odbiorcy.

- Wyrażamy zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celu realizacji procesu szkolenia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (Dz.U. nr 101 z 2002r., poz. 926 z późn. zm.).
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2014, poz. 1182).
- wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2013 r., poz. 1422).

Warunki uczestnictwa

Całkowity koszt szkolenia wynosi _____ PLN NETTO dla pierwszej osoby, dla każdej kolejnej _____ PLN NETTO

SZKOLENIE ODBĘDZIE SIĘ W PRZYPADKU ZEBRANIA MINIMALNEJ GRUPY UCZESTNIKÓW. OSTATECZNE POTWIERDZENIE NASTĄPI DO 7 DNI PRZED ROZPOCZĘCIEM SZKOLENIA.

Podpis zamawiającego

Data, pieczęćka