



Ośrodek Szkoleniowy Arkadia

05-092 Łomianki Dolne, ul. Szczytowa 10e,

tel/fax: (022) 751 40 95; tel kom: 509-509-352

email: biuro@bhp-partner.pl internet: www.arkadia.oz.pl

Pieczęć firmy

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

1. Niniejszym zgłaszamy potrzebę zorganizowania szkolenia udzielenia pomocy przed-medycznej

Szkolenie pierwszej pomocy (przed medyczną)

Szkolenie inne

Data i godzina szkolenia

Miejsce szkolenia :

Nazwa firmy:.....NIP.....

Adres firmy:.....

Tel. kontaktowy..... Adres e-mail.....

2. Należność za przeprowadzone szkolenie zobowiązujemy się uregulować w następujący sposób:

przelewem bankowym na konto Ośrodka Szkoleniowego Arkadia Łomianki po zrealizowaniu szkolenia,

gotówką na miejscu, dokonaliśmy już przedpłaty na konto bankowe Ośrodka Szkoleniowego Arkadia Łomianki.

W przypadku rezygnacji z kursu na 2 dni przed datą szkolenia płatność za szkolenie nie podlega zwrotowi. Ośrodka Szkoleniowego Arkadia Łomianki zastrzega sobie prawo do odwoływania szkolenia.

W przypadku odwołania kursu wpłacona należność zostanie niezwłocznie zwrócona na rachunek bankowy klienta.

WYKAZ OSÓB DO SZKOLENIA

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Data i miejsce urodzenia</i>	<i>stanowisko</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Niniejszym oświadczamy, że akceptujemy powyższe warunki szkolenia.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszeniowej, wyłącznie w celu zorganizowania szkolenia, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. Nr. 133, poz. 883).

Ośrodek Szkoleniowy Arkadia

email: biuro@bhp-partner.pl internet: www.arkadia.oz.pl