



Śląski Instytut Szkoleń

www.sis.katowice.pl

tel./fax: (0-32) 227 19 32

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam udział w szkoleniu (szkoleniach):

Temat szkolenia	Ilość zgłaszanych osób	Data

Dane osoby zgłaszającej udział w szkoleniu (do faktury)

Imię i nazwisko: _____

Instytucja: _____

Stanowisko: _____

Adres firmy: _____

Telefon: _____

Faks: _____

E-mail: _____

NIP: _____

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu organizacji szkoleń przez Śląski Instytut Szkoleń. Dane znajdują się w bazie Śląskiego Instytutu Szkoleń i mogą być na życzenie osób zainteresowanych modyfikowane lub usuwane.

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury VAT bez podpisu odbiorcy



.....
data i podpis osoby upoważnionej

(pieczęć firmowa)

L.p.	Imię i nazwisko uczestnika szkolenia	Stanowisko	Rodzaj szkolenia
1.			
2.			
3.			

Prosimy o wypełnienie powyższego formularza i odesłanie:

- faksem: **(032) 227-19-32**
- pocztą: **Śląski Instytut Szkoleń, ul. Brzozowa 16a, 43-100 Tychy**