



AKADEMIA DORADCÓW UBEZPIECZENIOWYCH

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

Dane do faktury

Nazwa firmy:.....

NIP:.....

Ulica:.....

Kod pocztowy:.....

Miejscowość:.....

Telefon:.....

e-mail:.....

Miejsce szkolenia: **Hotel Senator – ul. 1 Maja 3, 40-224 Katowice**

Termin: **10.03.2018**

Koszt szkolenia: 250 zł brutto

Świadczenia: szkolenie z przerwą kawową, lunch, materiały szkoleniowe w formie elektronicznej, notatnik, długopis

Nr konta do wpłaty: Capitol Sp. z o. o., al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

39 1140 1010 0000 5175 0400 1018

Warunki ogólne:

Zgłoszenie udziału w szkoleniu jest wiążące po wniesieniu opłaty zgodnie z cennikiem. Organizator zastrzega sobie prawo odwołania szkolenia lub jego organizacji w innym terminie w przypadku niewystarczającej frekwencji.

Wszelkie koszty własne, poza objętymi świadczeniem, uczestnik reguluje na miejscu.

Uczestnik szkolenia ponosi odpowiedzialność w przypadku szkód wyrządzonych w mieniu, zdrowiu lub życiu innych uczestników szkolenia lub osób trzecich podczas trwania szkolenia.

W przypadku rezygnacji uczestnika ze szkolenia, koszty nie są zwracane.

Oświadczenie

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w powyższym zgłoszeniu, aktualnie i w przyszłości przez Capitol Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, al. Jerozolimskie 162, w celu organizacji szkolenia.

PRZYJĄŁEM DO WIADOMOŚCI WARUNKI I ZGŁASZAM SWOJE UCZESTNICTWO:

DATA:

PODPIS:

Skan podpisanego zgłoszenia wraz z listą uczestników należy przesłać do dnia 23.02.2018 wraz z dowodem dokonania opłaty za szkolenie na adres mailowy: ewa.wierzbiicka@capitol.com.pl podając w temacie: „szkolenie – Agent w procesie dystrybucji ubezpieczeń”.

LISTA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

I.p	NAZWISKO	IMIĘ	ADRES ZAMIESZKANIA	TELEFON	EMAIL
1.					
2.					
3.					