**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szkolenie: Dynamika Talentów | | | | | | | | | |
| TALENT - ZESPÓŁ - PRZYWÓDZTWO | | | | | | | | | |
| Termin | | | **28.03.2018, godz. 10.00-13.00** | | | | | | |
| Miejsce | | | **Siedziba ZPP, ul. Nowy Świat 33, 00-029 Warszawa** | | | | | | |
| Prowadzący | | | **Monika Kubińska - Inspirator Procesu Rozwoju** | | | | | | |
| DANE FIRMY | | | | | | | | | |
| *Nazwa firmy:* | |  | | | | | | | |
| *Ulica i numer lokalu:* | |  | | | | | | | |
| *Kod pocztowy:* | |  | | ***Miasto:*** |  | | ***Województwo:*** | |  |
| *NIP:* | |  | | | ***REGON:*** | |  | | |
| DANE UCZESTNIKA | | | | | | | | | |
| *Imię i Nazwisko* | |  | | | | | ***Stanowisko:*** | |  |
| *Telefon1:* |  | | | ***Telefon2:*** | |  | ***e-mail:*** | |  |
| DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (o ile różnią się od danych Uczestnika) | | | | | | | | | |
| *Imię i Nazwisko:* | |  | | | | | ***Stanowisko:*** | |  |
| *Telefon1:* |  | | | ***Telefon2:*** | |  | ***e-mail:*** | |  |
| OPŁATY | | | | | | | | | |
| Prosimy o dokonanie opłat w ciągu 2 dni od zgłoszenia ale nie później 1 dzień przed terminem seminarium | | | | | | | | | |
| *Członkowie ZPP – udział bezpłatny (Proszę zaznaczyć właściwie)* | | | | | | | | | |
| *Pozostali Uczestnicy: 149 pln + 23%VAT (Proszę zaznaczyć właściwe)* | | | | | | | | | |
| *Uczestnik może wycofać się z udziału w terminie do 5 dni roboczych przed planowanym warsztatem bez ponoszenia kosztów, po wcześniejszym powiadomieniu organizatora.* | | | | | | | | | |
| DANE DO PRZELEWU: | | | | | | | | | |
| Rachunek bankowy | | | **87 1020 1097 0000 7802 0289 5035** | | | | | | |
| Odbiorca | | | **Związek Przedsiębiorców i Pracodawców** | | | | | | |
| Adres | | | **ul. Nowy Świat 33, 00-029 Warszawa** | | | | | | |
| NIP | | | **522-29-58-864** | | | | | | |
| *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektowe oraz na otrzymywanie informacji na temat bieżących działań prowadzonych przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców.* | | | | | | | | | |
| *Data:* | | | | ***Imię i nazwisko:*** | | | | ***Podpis:*** | |
|  | | | |  | | | |  | |
| *Wypełniony dokument oraz potwierdzenie płatności prosimy przesłać:*  *FAX: 22 826 08 31 lub e-mail:* [*e.czerwinska@zpp.net.pl*](mailto:k.klimek@zpp.net.pl) | | | | | | | | | |