**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warsztaty** | | | | | | | | | |
| **Zwalnianie pracowników – trudna rozmowa** | | | | | | | | | |
| **Termin** | | | **13.08.2020 r. , godz. 10:00-13:00** | | | | | | |
| **Miejsce** | | | **Świetlica Wolności ul. Nowy Świat 6/12, Warszawa** | | | | | | |
| **Prowadzący** | | | **Anna Piasecka** | | | | | | |
| **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.***  ***Wyrażam zgodę na publikację zdjęć wykonanych podczas warsztatów***  ***Zobowiązuję się do przekazania informacji o stanie zdrowia na specjalnie przygotowanym formularzu (wysłanym dzień przed rozpoczęciem wydarzenia).*** | | | | | | | | | |
| ***Data:*** | | | | ***Imię i nazwisko:*** | | | | ***Podpis:*** | |
|  | | | |  | | | |  | |
| ***Wypełniony dokument oraz potwierdzenie płatności prosimy przesłać mailem:*** [a.piatek@zpp.net.pl](mailto:a.piatek@zpp.net.pl) | | | | | | | | | |