

Formularz zgłoszeniowy

formularz prosimy przesłać faxem na numer: **22 699 59 15**

INFORMACJE O SZKOLENIU

Temat:

Termin i miejsce:

Cena za osobę:

DANE UCZESTNIKÓW

Imię i nazwisko, stanowisko (1)

Imię i nazwisko, stanowisko (2)

Imię i nazwisko, stanowisko (3)

DANE FIRMY/INSTYTUCJI

Nazwa:

Adres:

Kod pocztowy

Miejscowość

NIP:

fax:

e-mail:

telefon:

Numer rachunku Polbi Sp. z o.o.: **mBank S.A. 51 1140 2004 0000 3802 7659 8336**

Uwagi:

Miejscowość, data:

.....
(podpis zgłaszającego oraz pieczęć firmowa)