



SZKOLENIE Z ZAKRESU BADANIA REFLEKTORÓW SAMOCHODOWYCH

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, WIELKIMI LITERAMI

Dane uczestnika:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Osoba bezrobotna: tak nie

Osoba skierowana na szkolenie przez Urząd Pracy: tak nie

Dane płatnika:

Nazwa firmy:

Ulica:

Kod pocztowy:

Miasto:

NIP:

Telefon: + 48-()

Fax: + 48-()

e-mail:

Kontakt:
dr inż. Tomasz Targosiński
Instytut Transportu Samochodowego
Jagiellońska 80; 03-301 Warszawa
tel.: 22 43 85 157
fax: 22 43 85 401
e-mail: tomasz.targosinski@its.waw.pl



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszenia uczestnictwa dla potrzeb zorganizowania szkolenia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 833). Ustalenie dokładnego terminu szkolenia po otrzymaniu przez ITS wypełnionego formularza.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w terminie do 14 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia (liczy się data wpływu oświadczenia o odstąpieniu od umowy w formie pisemnej do ITS) Zamawiającemu przysługuje zwrot całości ceny szkolenia. Zamawiający wyraża zgodę na to, że w przypadku rezygnacji przez Zamawiającego ze szkolenia w terminie krótszym niż 14 dni od dnia rozpoczęcia szkolenia lub nie wzięcia udziału w szkoleniu, ITS zachowuje prawo do pełnego wynagrodzenia.

Data i podpis osoby zgłaszającej

.....-.....-.....
DZIEŃ- MIESIĄC- ROK

PODPIS