Wypełnij i wyślij zgłoszenie: FAX 22 203 40 52 E-MAIL [info@certge.pl](mailto:info@certge.pl)

Do: Certified Global Education Sp. z o. o.

**C0606**

|  |
| --- |
| **SPRZEDAŻ LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH  DO PODMIOTÓW DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**  20 - 21 czerwca 2016, WARSZAWA |

|  |  |
| --- | --- |
| ➀ Imię i nazwisko: ............................................ | ➁ Imię i nazwisko: ................................................... |
| Stanowisko: .........................................................  Dział: .................................................................... | Stanowisko: .................................................................  Dział: ............................................................................ |
| E-mail: ..................................................................  Tel.: .......................................................................  Fax: ....................................................................... | E-mail: ...........................................................................  Tel.: ..............................................................................  Fax: ................................................................................. |
| **DANE DO FAKTURY**  Firma: | NIP: |
| Ulica/skr. poczt.: | Kod pocztowy/Miejscowość: |

**Osoba do kontaktu** - podanie jej danych ułatwi kontakt   
w sprawach organizacyjnych:

Imię i nazwisko: ………………………………………

Stanowisko / Dział: …………………………………

Tel.: ………………….......…….... Faks:.......……………

Email: ……………………………………………… .

**Komu jeszcze Pani / Pana zdaniem możemy przesłać informacje o tym wydarzeniu:**

Imię i nazwisko: ……………………………………

Stanowisko / Dział: ………………………………

Tel.: …………………........………. Faks: ……………

Email: …………………………………..……

**WARUNKI UCZESTNICTWA** KOSZT UDZIAŁU W KURSIE PRZY ZGŁOSZENIU SIĘ:

|  |  |
| --- | --- |
| **do 3.06. 2016** | **od 4.06.2016** |
| **1 995 PLN + 23% VAT**  **Oszczędzasz 300 PLN** | **2 295 PLN + 23% VAT** |

Cena obejmuje: udział w kursie, dokumentację, wyżywienie. Ceny nie zawierają kosztów parkingu i noclegów.

**Udział pracowników jednostek budżetowych w szkoleniach jest zwolniony z VAT w przypadku finansowania w przynajmniej 70% ze środków publicznych.**

Prosimy w takim przypadku o przesłanie oświadczenia.

[ ] Oświadczam, że udział w zamówionym szkoleniu będzie opłacony w przynajmniej 70% ze środków publicznych .

Data: ….……………..… Podpis: …………..……………

**Sposób płatności:** płatność na podstawie faktury proforma lub VAT na konto:

**PKO Bank Polski S.A.: 08 1440 1387 0000 0000 1495 2551**

Upoważniam firmę Certified Global Education Sp. z o.o. do wystawiania faktury bez podpisu.

W przypadku odwołania zgłoszenia w terminie krótszym niż 14 dni przed rozpoczęciem kursu uczestnik zostanie obciążony pełnymi kosztami szkolenia. Możliwe jest bezpłatne delegowanie zastępstwa nawet w dniu rozpoczęcia zajęć. W przypadku odwołania zgłoszenia w terminie dłuższym niż 14 dni przed szkoleniem organizator zwróci 100% dokonanej wpłaty. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania kursu z przyczyn niezależnych oraz dokonywania zmian w projekcie szkoleniowym. W przypadku odwołania kursu przez Organizatora zobowiązuje się on do pełnego zwrotu dokonanych wpłat.

**Osoba akceptująca udział:**

Imię i nazwisko: ...………………………………………..

Stanowisko / Dział: ………………………………………

Tel.: …………………………… Faks: ……………………

Email: …………………………………… ……………….

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami uczestnictwa  
i akceptuję je.

Data………………….. Podpis ……………………

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od CGE na podane adresy e-mail (zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Data: ….……………..… Podpis: …………..……………