

**ORGANIZATOR: DELPHI – OŚRODEK SZKOLENIOWY**

**Prowadzony przez DELPHI Biuro Doradztwa i Usług**

**03-216 Warszawa, ul. Modlińska 6**

**Fax. (022) 811 22 11**

**Tel. (o-22) 811 22 11, 811 22 12, 814 30 54**

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:**

**„Doskonalenie systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy”**

**WARUNKI UCZESTNICTWA:**

Podstawą udziału w szkoleniu jest złożenie osobiście lub przesłanie listownie lub faxem wypełnionego formularza zgłoszeniowego oraz **zapłata należności najpóźniej do dnia 10 stycznia 2007 r.**

Koszt uczestnictwa jednej osoby – **1500 PLN (zw. z VAT)**

Termin szkolenia – **14-16 stycznia 2007 r.**

Miejsce szkolenia: **Hotel SPA Falcom w Gdyni**

*1. W terminie nie później niż 5 dni roboczych przed rozpoczęciem szkolenia zgłaszający powinien dokonać wpłaty.*

*2. W przypadku pisemnego powiadomienia o rezygnacji ze szkolenia, jednak nie później niż 5 dni roboczych przed terminem szkolenia, uczestnikowi przysługuje zwrot wpłaconej kwoty. W przypadku późniejszych rezygnacji, uczestnik zostanie obciążony kwotą w wysokości 50% jego wartości. Nieobecność zgłoszonego uczestnika zobowiązuje do zapłaty pełnej należności.*

*3. W przypadku odwołania szkolenia z winy organizatora koszty zostaną zwrócone w wysokości 100%.*

**Zamawiam szkolenie dla:**

IMIĘ I NAZWISKO, DATA I MIEJSCE URODZENIA, NOWE WOJ. URODZENIA, STANOWISKO :

1. ....

2. ....

NAZWA FIRMY: .....

ADRES, ULICA: ..... KOD: .....

MIASTO: ..... NR NIP: .....

TELEFON: ..... FAX: .....

Oświadczam, że należność w wysokości ..... x **1500,00 zł.** (słownie: ..... ) zostanie w dniu ..... przelana na konto

**DELPHI Biuro Doradztwa i Usług nr : 71 1050 1054 1000 0022 2464 0991**

Upoważniam do wystawiania faktury bez podpisu odbiorcy.

PIECZĘĆ FIRMOWA

Akceptuję warunki uczestnictwa

*Czytelny podpis zamawiającego*