



Karta zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu:

PROFESJONALNA OBSŁUGA KLIENTA/PACJENTA PLACÓWKI MEDYCZNEJ

Deklaruję udział w szkoleniu:

UCZESTNIK SZKOLENIA		
Imię i nazwisko:	E-mail:	Tel.:
Imię i nazwisko:	E-mail:	Tel.:
Imię i nazwisko:	E-mail:	Tel.:
Miejsce szkolenia: WROCLAW	Termin: 24.09.2013 r. (wtorek) <input type="checkbox"/> 26.09.2013 r. (czwartek) <input type="checkbox"/> 03.10.2013 r. (wtorek) <input type="checkbox"/>	
ZGŁASZAJĄCY		
Imię i nazwisko:		Stanowisko:
Tel.:	Fax:	E-mail:
FIRMA		
Nazwa:		NIP:
Miejscowość:	Kod pocztowy:	E-mail:
Ulica:	Nr:	Branża:

CENA BRUTTO: 410 ZŁ/OSOBE. Dwie lub więcej osób z jednej firmy: **390 ZŁ/OSOBE**

CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA:zł

powyższa kwota zostanie wpłacona na konto:

INSPIRECONGRESS Sp. z o.o., ul. Nowowiejska 38, 50-315 Wrocław

CITI HANDLOWY: 52 1030 0019 0109 8530 0036 2064

W TYTULE PRZELEWU PROSZE PODAĆ DATĘ SZKOLENIA ORAZ NAZWISKO UCZESTNIKA

REGULAMIN

- Należność przekazuję/my przelewem na konto Inspirecongress sp. z o.o. bez roszczenia o zwrot wpłaty w przypadku nieobecności zgłoszonej osoby na szkoleniu.
- Zgłoszenie na szkolenie musi zostać potwierdzone podpisaną kartą zgłoszenia przesłaną do organizatora drogą mailową, pocztą lub faksem.
- Warunki rezygnacji:**
Rezygnacja tylko w formie pisemnej. Brak pisemnej rezygnacji ze szkolenia najpóźniej na trzy dni przed terminem rozpoczęcia szkolenia będzie skutkowało obciążeniem Państwa całkowitym kosztem za szkolenie.
Brak pisemnej rezygnacji i nie wzięcie udziału w szkoleniu, powoduje obciążenie pełnymi kosztami udziału.
Brak wpłaty nie jest jednoznaczny z rezygnacją z udziału w szkoleniu.
- Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany daty oraz miejsca szkolenia w przypadku niewystarczającej liczby osób, które zadeklarowały swój udział w szkoleniu. W przypadku gdyby szkolenie nie odbyło się z winy Organizatora Inspirecongress sp. z o.o. zobowiązuje się do zwrotu pełnej kwoty bez odsetek i odszkodowania w terminie 7 dni roboczych od daty odwołania szkolenia.
- Dopuszcza się zmianę osoby zgłoszonej, po uprzednim poinformowaniu Organizatora.
 - ✓ Akceptujemy warunki płatności i uczestnictwa w niniejszym szkoleniu organizowanym przez Inspirecongress sp. z o.o.
 - ✓ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora, w celu realizacji zgłoszenia oraz w celu przesyłania informacji o szkoleniach. Oświadczam, że zostałem poinformowany przez Inspirecongress sp. z o.o. o prawie wglądu i zmiany moich danych osobowych.

KARTĘ ZGŁOSZENIA NALEŻY PRZESŁAĆ FAXEM: **(71) 780 90 54**
lub e-mailem: **akademia@inspirecongress.pl**

.....
pieczęć firmy

.....
podpis zgłaszającego