

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dla firm i instytucji

Rodzaj szkolenia: Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej
 Kurs opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi

DANE ZAKŁADU PRACY:

NAZWA ZAKŁADU PRACY/INSTYTUCJI	
ADRES ZAKŁADU PRACY/ INSTYTUCJI	
NUMER TELEFONU	
FAX	
NIP	
REGON	
E-mail	
OSOBA KONTAKTOWA	
Nr telefonu osoby kontaktowej	
FORMA PŁATNOŚCI	<input type="checkbox"/> Przelew <input type="checkbox"/> Gotówka

LISTA OSÓB ZGŁASZANYCH NA SZKOLENIE:

Lp.	Imię i Nazwisko	Stanowisko	PESEL	Miejsce urodzenia	Województwo miejsca urodzenia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Dokument został wygenerowany elektronicznie i nie wymaga podpisu ani stempla.- w formie zgłoszenia bezpośrednio ze strony

Przesłanie formularza zgłoszeniowego stanowi prawnie wiążące zobowiązanie uczestnictwa w szkoleniu.

Rezygnacji z udziału w szkoleniu można dokonać na 5 dni roboczych przed szkoleniem.