

|  |
| --- |
| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE |
| NAZWA WYBRANEGO SZKOLENIA | …………………………………………………………………………… |
| FORMULARZ DLA OSÓB PRYWATNYCH\* |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| DATA URODZENIA, MIEJSCE,  |  |
| PESEL |  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI |  |
| TEL. KONTAKTOWY |  |
| E-MAIL |  |
| FORMULARZ DLA FIRM\* |
| NAZWA FIRMY |  |
| ADRES  |  |
| NR TELEFONU/ FAX. |  |
| E-MAIL |  |
| NIP |  |
| OSOBA DO KONTAKTU |  |
| *Osoby zgłaszane na szkolenie:* |
| *L.p.* | *Imię/Nazwisko* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Oświadczam, że:**- dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,**- zapoznałem/łam się z Regulaminem świadczenia usług szkoleniowych,**- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Sądeckiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A. zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997r.( Dz. Ust. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)* *…………………….. ……………………..* *data podpis* |

**Warunki uczestnictwa:**

* **Warunki uczestnictwa w szkoleniach określa Regulamin świadczenia usług szkoleniowych dostępny na stronie www.sarr.com.pl.**
* **Informacja o zakwalifikowaniu na szkolenie zostanie przekazana drogą elektroniczną lub faxem
po przesłaniu formularza zgłoszeniowego.**
* **Po zakwalifikowaniu na szkolenie z Zamawiającym skontaktuje się Specjalista ds. szkoleń w celu sfinalizowania zgłoszenia i podpisania umowy.**
* **Przesłanie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie.**

…………………….......... ………………………………

 *miejscowość i data podpis*

***Wypełniony formularz proszę przesłać do Sądeckiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A. na numer fax-u: 018 442-29-50 lub na adres email: sarr@sarr.com.pl***